

Centralblatt

für

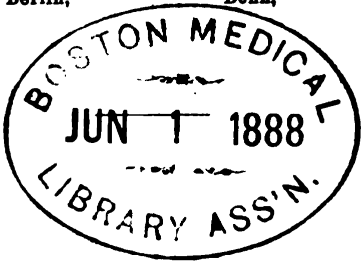
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz,** Bonn, Direktor Dr. **Struck,** Berlin,

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.



Dritter Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1882.



Namenregister.







Sachregister.























Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.



Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 8. April. Nro. 1.

(Aus der medicinischen Klinik zu Göttingen.)

Ueber Acetonurie bei Scharlachkranken.

von

Dr. August Deichmüller, Assistent an der Klinik.

Von 6 scharlachkranken Kindern, deren Urin die zuerst von v. Jaksch (Ueber febrile Acetonurie, Sep.-Abdr. aus der Prager med. Wochenschr. 1881. 40) bei dieser Krankheit beobachtete rothe Eisenchloridreaktion gab, wurden im Ganzen 9 Liter Harn destillirt, das Destillat mehrmals rectificirt, dann mit Pottasche versetzt, und die hierdurch abgeschiedene ölige Flüssigkeit mit Chlorcalcium behandelt.

Die so gewonnenen 7 gr Flüssigkeit erwiesen sich nach dem constanten Siedepunkt sowie nach einer Reaktion mit saurem schwefligsaurem Natrium als Aceton.

Ausführlichere Mittheilungen werden an anderem Orte gegeben werden.

1. **Rendu, Des éruptions secondaires d'ecthyma et de pemphygus, qui surviennent dans le cours de la variole.** Secundäre Ekthyma- und Pemphyguseruptionen im Verlauf der Pocken. (L'Un. méd. Nr. 18 und 19.)

R. hat diese Complication in 6 Fällen von Variola beobachtet; die Details derselben sind im Original nachzusehen. Gewöhnlich trat die Eruption von Ekthyma resp. Pemphigus ein, wenn die Entwicklung der Variolapusteln ihren Höhepunkt bereits überschritten hatte. In zwei leichten Fällen von discreter Variola war die Anzahl der sich bildenden Blasen eine geringe und blieb ohne jeden Einfluss auf den Krankheitsverlauf. In zwei anderen Fällen von Variola confluens war die secundäre Eruption bedeutend stärker, ohne aber auch hier in bemerkenswerther Weise auf den Krankheitsverlauf zu influenziren. Anders verhielt es sich mit den beiden letzten Fällen. Der eine betrifft einen 20 jähr. Mann mit Variola confluens, bei dem eine sehr ausgedehnte Pemphiguseruption im Suppurationsstadium unter starker Erhöhung der Körpertemperatur eintrat. Dieser Fall endigte letal. In dem 6. Fall zeigte sich die Pemphyguseruption erst, als die Variolapusteln bereits anfingen, auszutrocknen und die Temperatur normal geworden war. Die Blasen localisirten sich, wie in den übrigen Fällen, besonders an den oberen Partieen des Körpers, darauf auch auf den Augenlidern und den Hornhäuten und führten trotz energischer Behandlung zu eitriger Zerstörung beider Augen. R. glaubt nicht, dass es sich in seinen Fällen um eine Pemphigusepidemie gehandelt hat, da sie zeitlich zu sehr auseinander liegen, auch nicht, dass eine besondere Infection zu der Variolainfection hinzugetreten ist. Er ist vielmehr der Ansicht, dass die bei den Pocken bestehende Neigung zu eitrigen Entzündungen, wie sie sich in der häufigen Bildung von subcutanen Abscessen etc. bemerkbar macht, auch als Ursache dieser secundären Eruptionen anzusprechen ist. Therapeutisch empfiehlt er frühzeitige Eröffnung der Blasen und Pusteln, Bäder, Waschungen mit Carbol und Chlorwasser und Aufstreuung eines austrocknenden Pulvers.

Brockhaus (Godesberg).



2. **Laulanié, Sur une tuberculose parasitaire du chien et sur la pathogénie du follicule tuberculeux.** Ueber eine parasitäre Tuberculose des Hundes und die Pathogenie des Tuberkels. (Comptes rendus. T. XCIV. Nr. 1.)

Beim Hunde fand Verf. Veränderungen in den Lungen, welche der Tuberculose sehr ähnlich waren, jedoch durch die Eier eines Nematoden, des Strongylus vasorum (Baillet), erzeugt waren. Im erwachsenen Zustande leben die Strongyli im rechten Ventrikel und in den grösseren Aesten der art. pulmonalis, woselbst sie zu Knäueln zusammengeballt durch endarteritische Wucherungen fixirt sind. Von hier aus werden die befruchteten Eier in die kleineren Arterien und in die Capillaren der Lunge transportirt, wo sie sich weiter entwickeln. Die jungen Thiere gelangen dann in die kleinen Bronchien, sie werden wahrscheinlich expectorirt, um dann in den Digestionstractus eines andern Hundes überzusiedeln.

Man findet die betreffenden Lungen mit kleinen, matt durchscheinenden, wie Tuberkel aussehenden Körnern erfüllt. Vor Verwechslung mit Tuberculose schützt jedoch der Umstand, dass diese Knötchen in den Lungenspitzen sehr spärlich, dagegen vornehmlich gegen die Basis hin zu finden sind.

Mikroskopisch zeigt sich: im Centrum jedes Knötchens ein Ei oder ein Embryo innerhalb einer Riesenzelle, letztere von einem mehr weniger reichlichen Kranze epitheloider Zellen und einer leicht fibrösen Zone umgeben. Es handelt sich hier um eine arteriitis nodularis, die sich als eine Wucherung des Gefässendothels darstellt.

Histologisch zeigt sich also in den beschriebenen Knötchen der gewöhnliche Miliartuberkel genau reproducirt, und die anatomische Specifität des letzteren wäre somit hinfällig. Das specifische Agens der Tuberculose müsse auf gleiche Weise wie der Strongylus, initial auf die Gefässendothelien einwirken.

Lüderitz (Jena).

---

3. **Charcot, Note sur les divers états nerveux determinés par l'hypnotisation chez les hystériques.** Bemerkung über die verschiedenen nervösen Zustände, welche durch die Hypnotisirung bei Hysterischen hervorgerufen werden. (L'Union méd. Nr. 23 u. 25.)

C. beobachtete die nachstehenden Erscheinungen an jungen Personen weiblichen Geschlechts, die an Hystero-Epilepsie (Hysteria major) litten. Er unterscheidet drei Formen: den kataleptischen, den lethargischen und den somnambulischen Zustand. Alle drei können direct hervorgerufen werden und für sich bestehen; eben so gut können sie



aber auch bei derselben Person nach einander entstehen resp. in einander übergehen. Neben diesen bestimmt charakterisirten und ausgebildeten Zuständen kommen rudimentäre Formen vor.

Der kataleptische Zustand kann direct hervorgerufen werden durch ein starkes, unerwartetes Geräusch, durch grelles Licht und durch mehr oder weniger lange Fixation eines Gegenstandes; er kann auch aus dem lethargischen Zustand entstehen, wenn die bei letzterem geschlossenen Augen geöffnet und dem Licht ausgesetzt werden. Das am meisten in die Augen fallende Symptom des kataleptischen Zustandes ist die Unbeweglichkeit. Die Physiognomie ist ausdruckslos, der Blick starr; bei der seltenen Bewegung der Lider häufen sich die Thränen im Conjunctivalsack an und fliessen über die Wangen herab. Die Respiration ist oberflächlich mit langen Pausen. Die Glieder bleiben in jeder beliebigen Stellung, welche man ihnen giebt; dabei sind aber die Gelenke nicht steif, sondern lassen sich leicht beugen und strecken. Die Sehnenreflexe sind aufgehoben oder beträchtlich vermindert. Es besteht vollständige Analgesie der Haut. Der Gesichts- und Gehörssinn bleibt wenigstens theilweise erhalten; man kann durch Befehle und Zureden automatische Bewegungen erzeugen und Hallucinationen hervorrufen, unter deren Einfluss mehr oder weniger complexe Bewegungen ausgeführt werden. Nachher tritt der Zustand der Unbeweglichkeit wieder ein. Schliesst man ein Auge, so tritt auf der entsprechenden Seite Lösung und neuro-musculäre Hyperexcitabilität ein, während auf der andern Seite der kataleptische Zustand bleibt (Hemikatalepsie, Hemilethargie).

Der lethargische Zustand entwickelt sich aus dem kataleptischen durch Schliessung beider Augen oder durch Verdunkelung der Umgebung. Er kann primär entstehen durch Fixiren eines etwas entfernten Gegenstandes. „Eingeleitet wird derselbe durch eine tiefe Inspiration mit einem ganz besonderen Geräusch im Kehlkopf, der bald das Auftreten von etwas Schaum auf den Lippen folgt. Die Augen sind ganz oder halb geschlossen, die Athembewegungen tief und hastig; die Augäpfel bewegen sich convulsivisch nach oben und innen, die Lider sind in unaufhörlich zitternder Bewegung. Der ganze Körper ist erschlafft, die Glieder fallen, aufgehoben, schwer herab. Es ist ganz das Bild eines tiefen Schlafs". Die Sehnenreflexe sind verstärkt. Es besteht eine Hyperexcitabilität der Nerven und Muskeln. Durch Klopfen mit dem abgestumpften Ende eines Stäbchens auf Sehnen, Muskeln oder Nerven kann man Contractionen der betreffenden Muskeln hervorrufen, welche so kräftig sind, dass sie jedem Dehnungsversuch widerstehen und lange, auch noch nach dem Erwachen, anhalten können. Die Contractionen verschwinden sofort, wenn man durch Klopfen die Antagonisten in Thätigkeit setzt. Dies bezieht sich indess nur auf die Nerven und Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten. Mechanische Reizung der Muskeln und Nerven des Gesichts führt nur eine sofort wieder verschwindende Contraction herbei. Reize der Haut allein, Kneifen, Anblasen, leichte Berührung bringen das Phaenomen nicht hervor. Es besteht vollständige Analgesie; Gesicht und Gehör scheinen ihre Functionsfähigkeit nicht ganz verloren zu haben; durch Zureden etc. gelingt es indess meistens nicht, irgend eine Bewegung oder dergl. hervorzurufen. Durch Oeffnen der Augen und Einwirkung des Lichts geht der

lethargische in den kataleptischen Zustand über, durch Oeffnen eines Auges entsteht Hemilethargie, Hemikatalepsie, s. o. Der somnambulische Zustand kann bei gewissen Personen durch Fixation des Blicks und durch einen oft wiederholten eintönigen sensoriellen Reiz erzeugt werden; er entsteht aus dem lethargischen kataleptischen Zustand, indem man auf den Scheitel drückt oder ihn reibt. „Dieser Zustand gleicht sehr dem sogen. magnetischen Schlaf. Seine Phänomene sind sehr complexer Natur und zum Theil schwer zu erklären. Die im somnambulischen Zustand befindliche Person hat die Augen ganz oder halb geschlossen; die Lider sind oft, aber nicht immer, in zitternder Bewegung. Sie scheint eingeschlafen oder betäubt, aber die Erschlaffung des Körpers und der Glieder ist nicht so hochgradig, wie im lethargischen Zustand. Die Sehnenreflexe sind nicht verändert, die Hyperexcitabilität der Nerven und Muskeln existirt nicht. Aber man kann durch leichte Berührung oder Anblasen einer Extremität einen Zustand von Rigidität derselben hervorrufen, der sich von der im lethargischen Zustand durch mechanischen Reiz der Muskeln etc. erzeugten Contractur dadurch unterscheidet, dass er sich nicht durch Reizung der Antagonisten, wohl aber durch Wiederholung derjenigen Reize löst, durch die er entstanden ist. Von der Steifigkeit im kataleptischen Zustande unterscheidet sich dieser Zustand durch die Rigidität der Gelenke. Obwohl im somnambulischen Zustand die Analgesie vollständig sein kann, sind gewisse Sinne: Muskelsinn, Gesicht, Gehör, Geruch übermässig scharf. Durch Befehle etc. kann man sehr complicirte automatische Bewegungen hervorrufen. Wenn man bei einer im somnambulischen Zustande befindlichen Person einen Druck mit dem Finger auf den Augapfel ausübt, entwickelt sich der lethargische Zustand, nach Oeffnen der Augenlider und Offenhalten derselben an einem hellen Ort der kataleptische.

Schliesslich verwahrt sich C. dagegen, dass die von ihm beobachteten Erscheinungen auf einer Illusion des Beobachters oder auf Simulation seitens des Versuchsobjects beruhen. Bezüglich der von ihm vorgeführten Gründe für die Reellität der beschriebenen Phaenomene s. i. Original.

Brockhaus (Godesberg).

---

4. **Emile Demange, Le tremblement sénile et ses rapports avec la paralysie agitante.** Der senile Tremor und seine Beziehungen zur Paralysis agitans. (Revue de médec. 1882. Nr. 1.)

Der senile Tremor ist durchaus nicht so häufig, als man gewöhnlich annimmt. Unter 300 Greisen des Hospitals Saint-Julien fanden sich nur 6 Patienten mit unzweifelhaftem senilen Tremor, 3 Männer und 3 Frauen, von denen Verf. genaue Krankengeschichten giebt.

Der Verlauf der Krankheit ist äusserst protrahirt, zieht sich durch eine grosse Reihe von Jahren hin. Am häufigsten zittert zuerst der Kopf, später die oberen Extremitäten, selten die Beine und übrigen



Körpermuskeln. Das Zittern fehlt, wenn der betreffende Körpertheil unterstützt ruht, sowie im Schlafen. Bei jeder Bewegung des Theiles tritt es auf und wird durch körperliche oder psychische Erregungen gesteigert. Mitunter ist es vor der Mahlzeit heftiger als nach derselben.

Der Kopf zittert bald in verticaler, bald in horizontaler, bald in einer combinirten Richtung. Unabhängig von ihm zittert mitunter auch der Unterkiefer und die Zunge, sehr selten einzelne Gesichtsmuskeln. Nystagmus kommt nicht vor.

Der Tremor der oberen Extremitäten wird niemals so schüttelnd wie bei Paral. agit. Im Moment einer intendirten Bewegung hört er nicht auf. Die graphische Darstellung des Tremors mittelst eines Marey'schen Polygraphen ergiebt: regelmässige, etwa 4 mal in der Secunde erfolgende, Oscillationen, von denen jede mit mehreren kleineren Erhebungen versehen ist, die davon herrühren, dass die einzelnen Finger einer Hand die Excursionen des Zitterns nicht gleichzeitig in demselben Sinne machen. Nur die Amplitude, aber nicht die Dauer der Oscillationen vergrössert sich, wenn die Muskelanstrengung energischer ist.

Der Allgemeinzustand der untersuchten Greise war vortrefflich, Muskelschwäche war entsprechend dem hohen Alter vorhanden. Sämmtliche Patienten waren bereits seit Decennien mit dem Tremor behaftet, in 4 Fällen (67 %) hatten auch die Eltern daran gelitten.

Anatomische Läsionen sind, abgesehen von senilen Veränderungen, bisher im Rückenmark von Greisen, die mit Tremor behaftet waren, nicht aufgefunden worden.

Das Zittern der Greise ist mithin, gleich der Paralysis agitans, zu den Neurosen zu rechnen. Ueberhaupt zeigt es mit letzterer Krankheit vieles Gemeinsame. Dass bei der Paralysis agitans das Zittern im Moment einer intendirten Bewegung aufhört, dass ferner bei dieser Krankheit der Kopf und der Unterkiefer an sich nicht zittern, dies Beides erlaubt keine scharfe Trennung der Paral. agit. vom Tremor senilis: denn es finden sich zweifellose Fälle von Paral. agit., welche die eben genannte Eigenthümlichkeit nicht darbieten. Nach Verf. existirt zwischen beiden Krankheiten nur eine graduelle Differenz und er proponirt daher für sie einen gemeinsamen Namen: tremblement rythmé oscillatoire.

Lüderitz (Jena).

---

5. **Dr. Knoevenagel** (Oberstabsarzt in Schwerin), **Beiträge zur Statistik und Aetiologie der Lungenentzündungen im Militär.** (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1882. Heft 1 und 2.)

Der Verf. bespricht an der Hand von 80 Erkrankungen an Lungenentzündung, welche er während des Zeitraumes von 7 Monaten im Winter 1879/80 im Garnison-Lazareth zu Köln zu beobachten Gelegenheit hatte, sowie unter Berücksichtigung der von anderen Autoren bis dahin gemachten Erfahrungen und Erhebungen, in einer sehr eingehen-



den Darstellung die Frage von der Aetiologie der Lungenentzündungen im Militär. Zur endgültigen Beantwortung derselben bietet die Feststellung von diesbezüglichen Puncten gerade bei den Soldaten leicht einen gewichtigen Anhalt, in so fern, als es sich bei ihnen um Kranke von nahezu gleichem Alter, gleichen Lebensbedingungen und gleicher Beschäftigung handelt und somit schon eine Menge verschiedenartiger Bedingungen fortfallen, deren Berücksichtigung im Civil in solchen Fragen störend auf die Beurtheilung einwirken.

Es werden zunächst die Ausgänge, ferner die Localisirung, die verschiedenen Formen, besonders erwähnenswerthe Symptome und Sectionsresultate zur Beleuchtung der dem Bericht zu Grunde liegenden Fälle erwähnt.

Von den 80 Kranken (8% des Gesammt-Zuganges an innerlich Kranken) starben 7—9%. Krisis trat in 59 Fällen ein, und zwar 15 mal am 7. Tage, die hintere untere Lungenpartie war je 17 mal befallen. Unter den 80 Fällen waren 33 lobuläre oder Broncho-Pneumonien, worin Verf. alle die Pneumonien mit begreift, die kein deutliches fibrinöses sputum zeigten, und sich gleichsam aus bronchitischen Erscheinungen heraus entwickelten. Von fibrinöser Form waren 30 Fälle (11 reine, 19 Pleuro-Pneumonien mit je einem Todesfall, biliös waren 15 mit 5 Todesfällen, intermittirend 2 Pneumonien. Einer hohen Temperatur entsprach nicht jedes Mal eine hohe Pulsfrequenz, jedoch starben alle Kranke mit einer Pulsfrequenz über 130.

Nachdem der Verf. im Weiteren die Ansichten der einzelnen Autoren über die Aetiologie der Lungenentzündungen praecisirt hat, entwickelt er die eigenen Deductionen auf Grund der bei seinen Kranken eruirten Umstände.

1. und 2. Einfluss des Quartiers auf Frequenz und Schwere der Erkrankung.

Eine genaue Untersuchung ergab, dass gerade in denjenigen Kasernements, welche das Haupt-Contingent zu den Erkrankungen an Lungenentzündung stellten, die hygienischen Verhältnisse am ungünstigsten waren, indem sie entweder, wie einzelne Forts, relativ feucht waren und ihr Untergrund, wegen seiner tiefen Lage, häufigeren Schwankungen des Grundwasserstandes unterzogen war, oder indem Zersetzungsproducte aus faulenden Stoffen in der Nähe sich entwickelten und die Ventilation in den zur Unterkunft der Truppen dienenden Räumen, früher meistens Klöster, eine höchst mangelhafte war. Gleiche Beobachtungen werden, als von Gründler gemacht, erwähnt, welcher die Kasernen von Magdeburg mit Rücksicht auf ihre Pneumonie-Erkrankungen unter einander verglich.

An dem nöthigen Luftraume schien es in den betroffenen Stuben nicht zu fehlen, dagegen herrschte in ihnen ein schlechtes „Wohnungsklima“ (Flügge), indem wahrscheinlich die Zimmerwände in Folge ihrer Dicke und bei mangelhafter Ventilation organische Effluvien und andere Schädlichkeiten dauernd zurück hielten und reproducirten.

3. Parallelen der beobachteten Fälle mit anderen endemischen bezw. miasmatischen Krankheiten, vor Allen mit dem Wechselfieber, finden sich bei der Pneumonie in Berücksichtigung der meist vorhandenen Prodrome, des Beginns mit Schüttelfrost, der Milzschwellungen,



der icterischen Symptome, welche letztere dem Verf. die Folge von hämatogenem Icterus zu sein scheinen. Ferner liess sich eine Gewöhnung an das Miasma constatiren, indem von den 80 Erkrankten 51 Recruten, 29 ältere Leute waren; Gründler zählt sogar 64 % Recruten unter seinen Kranken. Der Symptomencomplex ist, wie auch bei anderen miasmatischen Krankheiten, verschieden und resultirt aus den je nach Energie, Heftigkeit und Verbreitungsweg verschiedenen Wirkungen des inficirenden Princips.

4. Nach ihrer früheren Profession verglichen, waren die Schmiede, Weber, Fabrikarbeiter und Bergleute am ungünstigsten mit Pn.-Erkrankungen gestellt, wahrscheinlich weil bei ihrem Gewerbe die Respirationsoberfläche schon von früher her durch Einwanderung gröberer Elemente alterirt war, und auf den neuen Reiz miasmatischer Schädlichkeiten heftiger reagirte. Strapazen in Folge der dienstlichen Anforderungen, Durchnässungen, plötzliche Abkühlungen konnten nur höchst selten als die Ursachen der Pneumonie angesprochen werden.

5. Momente für das epidemische Auftreten der Pneumonie in Köln im Winter 1879/80.

Die ungewöhnliche Kälte des Winters konnte nicht als directe Ursache nachgewiesen werden, sondern nur als indirecte, in so fern als sie die Lüftung der Wohnräume verminderte. Die Luftfeuchtigkeit war meist gering, dadurch vermindert sich die Secretion der Luftröhrenschleimhaut und etwaige Entzündungserreger mögen so länger auf ihr haften. Am bedeutsamsten erschien dem Verf. ein Zusammenfall der grössten Pneumonie-Morbidität mit Perioden andauernd hohen Luftdruckes und ist er geneigt, aus dieser Thatsache sich das epidemische Auftreten zu erklären. Es ist „kein plötzlich schroffer Wechsel, kein scharfer Wind, keine Durchnässung, sondern nur ein mit Lufttrockenheit einhergehender, längere Zeit währender und hoher atmosphärischer Druck, welcher, von Tag zu Tag und von Woche zu Woche auf der Respirationsfläche lastend, das Tieferdringen miasmatischer Schädlichkeiten begünstigt, so dass endlich bei den solchen Schädlichheiten in genügendem Masse Ausgesetzten, bei dem einen früher, bei dem anderen später, die Infection so weit gediehen ist, dass der typische Frostanfall eintritt; damit, und vielleicht auch beschleunigt durch ganz zufällige Anlässe (Erkältungen etc.), auf welche dann, zumal von dem Kranken, gern alle Schuld geschoben wird, beginnt das Krankheitsbild sich schnell und vollkommen zu entwickeln“.

Verf. schlägt zur Beseitigung der ursächlichen Verhältnisse, soweit möglich, Trennung der Wohn- und Schlafräume der Soldaten vor, um beide abwechselnd ventiliren und das „Wohnungs-Klima“ verbessern zu können und die Einrichtung von warmen und kalten Douchen zur Förderung der Hautperspiration etc. in allen Kasernen.

In einem Nachtrage wird erwähnt, dass der nächste Winter in Köln bei günstigeren meteorologischen Verhältnissen auch weniger Lungenentzündungen gebracht habe, und ihr Auftreten vorzugsweise in Kasernen, welche hygienischen Anforderungen wenig entsprechen, auch durch statistische Nachweisungen aus andern Garnisonen, nachgewiesen.

Bartold.



6. **Dr. Biedert** (Hagenau), **Die Empyemoperationen bei Kindern.** Chirurg. Mittheilungen. (Archiv für Kinderheilkunde. III. Band. 3. und 4. Heft. 1881.)

Verf. theilt 2 Fälle vom Empyem bei Kindern mit, welche er mit Incision behandelt und geheilt hat. Bei dem einen Patienten, einem 11-monatlichen Kinde, hatte er 2 mal punktirt, ohne dass er Heilung erzielen konnte. Als er dann die Incision mit Rippenresection machte, genas es in kurzer Zeit. Vf. glaubt, dass man vor der Incision die Punktion versuchen soll; wo aber 14 Tage nach der Punktion noch Fieber besteht oder das Exsudat bleibt oder gar zunimmt, da soll die Incision gemacht werden. Die Resection der Rippe ist nur dann nöthig, wenn die Rippeninterstitien so eng sind, dass sie die Einführung eines Drainrohrs nicht gestatten und wenn der Eiter mit Fibringerinsel gemischt ist, welche ohne Rippenresection schwer herauszubefördern sind. Zum Verband empfiehlt der Verf. Chlorzinkjute, zum Spray eine Lösung von essigsaurer Thonerde; vor Anwendung der Carbolsäure bei Kindern warnt er, gestützt auf fremde und eigene üble Erfahrungen. Ausspülungen macht Verf. nur bei zersetztem Inhalt, er nimmt dann eine 3% Salicyllösung oder eine 1—3% Lösung von essigsaurer Thonerde oder eine 7—10% Borsäure- oder eine 3—5% Chlorzinklösung. Eine Gegenöffnung macht Verf. bei zersetztem Inhalt nicht, da eine gründliche Desinfection durch Ausspülung mittelst des Heberapparates möglich ist. Zum Schluss giebt Verf. noch eine statistische Uebersicht über die im Kindesalter gemachten Empyemoperationen.

Kohts (Strassburg).

---

7. **Dunin** (Warschau), **Plötzlicher Tod durch Eindringen von Luft in die Blutgefässe bei einem Phthisiker.** (Gazeta lekarska, 1881. Nr. 21. Polnisch.)

Bei einem 22 jähr. plötzlich verstorbenen Tischlergesellen mit Phthisis florida erwies die Section in beiden Lungen zahlreiche verschieden grosse Cavernen, unter denen eine, in der Tiefe des linken unteren Lappens befindliche, rothes mit vielen Luftblasen vermischtes Blut enthielt. Im linken Herzventrikel und grösseren Arterien wurde ebenfalls flüssiges Blut mit Luftblasen vermischt gefunden; dasselbe, aber weniger, in der rechten Herzhälfte und grösseren Venen. Andere Organe normal, Körperfäulniss nicht stark, die Parenchymorgane nicht emphysematös.

Verf. erklärt den pötzlichen Tod in diesem Falle durch Eindringen von Luft aus der rothes Blut und Luftblasen enthaltenden Lungencaverne des linken unteren Lappens in die Blutgefässe, wiewohl die genaueste Nachforschung bei der Section das verletzte Gefäss nicht aufzufinden vermochte.

Smolénski (Ernsdorf in Schlesien).



8. **Dubois, Note sur deux calculs biliaires volumineux.** Bemerkung über zwei voluminöse Gallensteine. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 1882, Heft 2.)

Ein Mann von 57 Jahren, der abgesehen von einem Icterus, an welchem er vor 15 Jahren gelitten, keinerlei auf Cholelithiasis zu beziehenden Erscheinungen gezeigt hatte, erkrankte im December 1881 an Appetitlosigkeit, Gefühl von Schwere im Magen, Verstopfung und galligem Erbrechen. Die Untersuchung ergab geringe Erweiterung des Magens, Schmerzhaftigkeit der Magengegend gegen Druck, kein Fieber, keine Auftreibung des Leibes. Verstopfung und Erbrechen trotzten jeder Behandlung, die ausgebrochenen Massen erinnerten durch ihren Geruch an Dünndarminhalt. Die Diagnose wurde auf Ileus im oberen Theile des Dünndarms gestellt. Am 4. Tage der Erkrankung wurde nach wiederholten Eiswasserklystiren und methodischer Massage des Abdomens ein Stein von 23 mm Breite, 31 mm Länge und 12 Gramm Gewicht per anum entleert, am folgenden Tage ein zweiter, eiförmiger, 9 Gramm schwerer Stein, dessen kleiner Durchmesser 21 mm, der grosse 30 mm betrug. Beide Steine hatten die Consistenz einer harten Seife, zeigten concentrische Schichtung und bestanden aus Cholesterin, Gallensalzen und Gallenpigment. Nach Entleerung der Steine trat völliges Wohlbefinden ein. D. glaubt nicht, dass diese Steine, welche unzweifelhaft in der Gallenblase entstanden seien, den Ductus choledochus passirt haben, da sie in Anbetracht ihrer Grösse heftige Koliken hätten veranlassen müssen. Er ist vielmehr der Ansicht, dass durch eine ganz schleichend und symptomlos verlaufende Entzündung, Verlöthung der Gallenblase und des Duodenums mit nachfolgender Fistelbildung und Uebertritt der Steine in den Dünndarm gelangt sei.

Brockhaus (Godesberg).

9. **Kulakowski, Ein Fall von tuberculöser Nierencyste.** (Przeglad lekarski 1881. Nr. 28. Polnisch.)

Der vom Verf. berichtete Fall ist insofern beachtenswerth, als bei Kindern Nierentuberculose in Form von tuberculösen Cysten verhältnissmässig selten vorkommt; Rilliet und Barthez beobachteten unter ihrem sehr grossen Sectionsmaterial nur 4 derartige Fälle und nach Angabe des Verf.'s ist, während des Zeitraumes von 5 Jahren, unter 147 im Krakauer Ludwig-Kinderspital behandelten Fällen allgemeiner Tuberculose nur der einzige folgende Fall zur Beobachtung gekommen. Er betraf einen 9 jährigen schlecht genährten Knaben, mit phthisischem Habitus, vergrösserten Lymphdrüsen, Temp. 38,2 ° C., bei welchem auf Grund nachweisbarer Infiltration der Lungenspitzen, leichter Hervorwölbung der linken Lendengegend, vergrösserter Dämpfungsdimension über der linken Niere, Schmerzhaftigkeit des l. Hypochon-

driums gegen tieferen Druck, empfindlicher Schmerzen in der Regio lumb. sin. bei Extensionsbewegungen des linken Beines, Vergrösserung der Samendrüsen und ausgesprochener Symptome von Cystitis die Diagnose „Nierenphthise“ (Rosenstein) gestellt wurde. Nach einigen Wochen starb Patient unter Erscheinungen tuberculöser Hirnhautentzündung.

Die Section ergab: Bedeutende Vergrösserung der linken Niere, deren Parenchym von einigen wallnussgrossen, theils mit einander, theils dem Nierenbecken communicirenden Cavernen durchsetzt ist. Die Wand dieser Höhlen ist liniendick und ebenso wie die des Nierenbeckens mit dicken Ablagerungen einer gelben käsigen Masse bedeckt. Der linke Ureter bedeutend erweitert, seine Wand verdickt, hart und in ihrer ganzen Länge von käsiger Tuberkelmasse durchsäet. Der untere Theil der Harnblase stellt ein grosses mit Eiter bedecktes Geschwür dar, in dessen Bereich nur hier und da röthliche Schleimhautpapillen erhalten sind. Die Harnröhre zeigt in ihrem vorderen Theile neben oberflächlichen Substanzverlusten der Schleimhaut ziemlich zahlreiche Tuberkel. Ausserdem käsige Entartung beider Samendrüsen, käsiger Zerfall des linken Nebenhodens. — Von den Krankheitssymptomen ist noch zu bemerken, dass sowohl die von Rosenstein als für Nierentuberculose charakteristisch angegebenen Hämaturien, als auch die fast von allen Beobachtern angeführte Dysurie gänzlich fehlten, im Gegentheil ebenso wie im Mohr'schen Falle ein ununterbrochener Harnfluss bestand. Das in ähnlichen Fällen von Rilliet und Barthez beobachtete Anasarca war nicht vorhanden.

Da die tuberculösen Veränderungen des Urogenitalapparates am stärksten in der Niere entwickelt waren und von hier bis zur Harnröhre stufenweise an Intensität abnahmen, da ferner die Infiltration der Lungenspitzen verhältnissmässig wenig ausgebreitet und vorgeschritten war, so sieht sich Verf. genöthigt, in diesem Falle im Einklang mit den älteren Anschauungen die Veränderungen in der l. Niere als primäre, ursprünglich chronisch entzündliche Processe mit consecutivem käsigem Zerfall des Nierenparenchyms und der Entzündungsproducte anzusehen. Die hereditäre Anlage zur Tuberculose habe nach Verf.'s Dafürhalten in den entzündlichen Processen der linken Niere ihren Reiz und ihr Substrat gefunden und die sich dort entwickelnde Tuberculose sei mit Harn, Blut oder Lymphe auf die einzelnen Theile des Urogenitalapparates und andere Organe übergegangen.

Smolenski (Ernsdorf in Schlesien).

---

10. **Du Cazal, Observation d'hémoglobinurie paroxystique à frigore.** Ein Fall von paroxysmaler Erkältungshämoglobinurie. (L'Un. méd. Nr. 13.)

Der Fall betrifft einen 29 jähr. Soldaten, der, abgesehen von einigen leichten Erkrankungen (Masern, Eczem etc.) stets gesund, nicht dem



Trunk ergeben, nicht syphilitisch inficirt gewesen war und nie an Intermittens gelitten hatte. Die Anfälle wurden Monate hindurch beobachtet und zeigten stets denselben typischen Verlauf. So lange der Kranke im Bette blieb, trat kein Anfall ein, dagegen sofort, so oft er sich kurze Zeit hindurch einer kälteren Temperatur aussetzte und zwar um so heftiger, je stärker die Kälte war. Eingeleitet wurde der Anfall durch einen Frostschauer mit allgemeiner Abgeschlagenheit, dem eine Erhöhung der Körperwärme, zuweilen bis 40° folgte. Während des Anfalls zeigte sich cyanotische Verfärbung der Extremitäten, besonders in der Umgebung der Gelenke; der Kranke klagte über schmerzhaften Druck im Epigastrium und zuweilen über Schmerzen in den Lenden. Der erste Urin wurde wie vor 1 Stunde nach Beginn des Anfalls entleert und zeigte dunkelschwarze Färbung; allmählig wurde der Urin heller und war 6—7 Stunden nach dem Anfall wieder normal. Oeftere Untersuchung des Urins ergab stets dasselbe Resultat; je nach der Färbung grössere oder geringere Mengen von Eiweiss und Blutfarbstoff, und zwar so, dass die Mengen beider immer correspondirten. Nie wurde ein normales oder verändertes rothes Blutkörperchen gefunden. Eine während des Anfalls entnommene Blutprobe zeigte verlangsamte Gerinnung und verminderte Neigung der rothen Körperchen zur Rollenbildung. Verf. ist der Ansicht, dass es sich bei der in Rede stehenden Erkrankung um eine rapide Zerstörung der rothen Blutkörperchen im Blute selbst, nicht in den Nieren handelt. Er beweist dies durch Wiederholung des zuerst von Kuessner angestellten Versuches, indem er während eines Anfalls eine Blutprobe entnahm; das Serum war durch aufgelösten Blutfarbstoff aus den zerstörten rothen Körperchen granatroth gefärbt. Die Ansicht, dass Intermittens dabei im Spiele sei, weist er als unbewiesen zurück.

Brockhaus (Godesberg).

---

11. **Kratter** (Graz), **Untersuchungen über die Abscheidung von Strychnin durch den Harn.** (Wiener med. Wochenschrift Nr. 8—10. 1882.)

Während alle Forscher bestätigen, dass die Alkaloide: Coniin, Nicotin, Veratrin, Atropin, Morphin durch den Harn rasch abgeschieden werden, ohne eine Zersetzung zu erleiden, sind die Angaben bezüglich des Strychnins nicht übereinstimmend.

Nach der Theorie von Masing und Dragendorff erfolge die Abscheidung des Strychnins nicht rasch wie etwa des Morphins, sondern langsam, indem sie erst nach Tagen beginne; die Leber sei dasjenige Organ, in welchem das Strychnin zurückgehalten werde, der Harn sei daher bei acuten Vergiftungen ausser Acht zu lassen. Im Gegensatz hiezu haben andere Forscher Strychnin bei acuten Vergiftungsfällen im Harne nachgewiesen, so Adam bereits 9 Minuten nach der Vergiftung.



Mit der Theorie von Masing-Dragendorff steht ebenfalls in Widerspruch eine Beobachtung von Kratter. Bei einem acuten Vergiftungsfalle wurde $1^1/_2$ Stunden nach der Vergiftung in dem mit dem Katheter aus der Leiche entnommenen Urin Strychnin nachgewiesen.

Zur definitiven Lösung der Frage nach der Strichninabscheidung durch den Harn wurde von Kratter der experimentelle Weg eingeschlagen und zwar stellte Kr. seine Versuche an Menschen an, denen Strychnin in medizinaler Dosis einverleibt wurde. Kr. fand, dass bei einem mit Sehnervenatrophie behafteten Manne, dem 0,0075 Strychn. nitr. subcutan injicirt wurden, der Harn schon nach 1 Stunde Strychnin enthielt und dass der Urin 22 Stunden nach der Injection frei von Str. war. Kr. zieht daraus den Schluss, dass der frühzeitige Beginn der Ausscheidung des Strychnins für den Menschen Regel sei und dass die Ausscheidung innerhalb der ersten 24 Stunden vollendet werde.

Bei einer zweiten Versuchsreihe (an einem 16-jährigen an Sehnervenatrophie leidenden Mädchen) wurde festgestellt, dass die Zeit von beiläufig einer halben Stunde als der kürzeste Zeitraum betrachtet werden kann, in welchem bei Einverleibung medizinaler Dosen der Harn bereits Strychnin-haltig gefunden wird. Bei länger fortgesetzter täglicher Einverleibung von Strychnin (während einer Woche) dauerte die Ausscheidung länger, im Ganzen etwa 48 Stunden.

Verf. gelangt auf Grund seiner Untersuchung zu folgenden Schlusssätzen:

1. Bei jeder Art der Einverleibung wird das Gift sehr rasch resorbirt und in der Blutbahn vertheilt.
2. Es wird das Strychnin unzersetzt durch den Harn wieder ausgeschieden und beginnt diese Ausscheidung mit Sicherheit schon eine Stunde nach der Aufnahme.
3. Die Abscheidung ist auch in verhältnissmässig kurzer Zeit vollendet, höchst wahrscheinlich in längstens 48 Stunden.
4. Für die Annahme von Masing und Dragendorff, dass das Strychnin in der Leber zurückgehalten werde, findet sich kein Anhaltspunct.
5. Der Harn ist in allen acuten Vergiftungsfällen mit Strychnin eines der wichtigsten Untersuchungsobjecte.

Bezüglich der Methode des Nachweises des Strychnins im Urin muss auf das Original verwiesen werden.

Seifert (Würzburg).

---

12. **Dr. Albrecht** (Bern), **Ueber Einathmung reinen Sauerstoffs zur Anregung des Stoffwechsels bei Blutarmen und Reconvalescenten jugendlichen Alters.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde XVIII. Band. 1. Heft. 1882.)

Obgleich schon der Entdecker des Sauerstoffs, Priestley, den Versuch machte, den Sauerstoff in die Therapie einzuführen, scheiterte



doch dieser Versuch an der Schwierigkeit der Herstellung, an dem bedeutend hohen Preise und an der Bereitungsweise des Sauerstoffs aus Quecksilberoxyd, so dass die Patienten, welche auf solche Weise bereiteten Sauerstoff einathmeten, schon nach wenigen Tagen heftige Salivation bekamen. Seither sind nun viele Methoden zur Bereitung des Sauerstoffs angegeben worden. Der Apotheker Limousin, rue Blanche 2 in Paris, hat das Verdienst einen Apparat angegeben zu haben, welcher die Herstellung des Sauerstoffs jedem Arzt ermöglicht hat. Die Darstellung geschieht aus chlorsaurem Kali und Mangandioxyd. Dieselbe ist ungefährlich, billig und nimmt verhältnissmässig wenig Zeit in Anspruch. Der Apparat kostet 130 Frcs. Was die Sauerstoffmenge, die Zahl der Liter anbelangt, so richtet sie sich nach Alter, Geschlecht und Krankheitsform; sie beträgt 10—30 Liter pro die.

Verf. hat seit einem Jahre 50 Kranke, wovon der grösste Theil jugendliche Individuen waren, dieser Behandlungsweise unterworfen und damit gute Resultate erzielt. Ausnahmslos war bei den Patienten der Hämoglobingehalt der rothen Blutkörperchen vermehrt, die mikroskopische Blutuntersuchung ergab eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen, welche im geraden Verhältniss stand zur Menge des absorbirten Sauerstoffes. Das Allgemeinbefinden hob sich, der Appetit wurde rege, das Körpergewicht nahm entsprechend der vermehrten Nahrungsaufnahme zu, das Aussehen des Kranken wurde besser und die Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerung machten geregelten Funktionen Platz. Nachtheile traten keine zu Tage; nur bei schwächlichen Kranken und auch bei kräftigen, welche mehr als 30 Liter einathmeten, stellten sich Erscheinungen einer leichten Betäubung ein, welche aber schnell vorübergingen. — Die Beschreibung des Apparates sowohl zur Darstellung des Sauerstoffes als zur Einathmung desselben sind im Original nachzulesen.

Kohts (Strassburg).

---

13. **Dr. Edgar Kurz** (Florenz), **Zur antiseptischen Wirkung der Carbolsäure bei Infectionskrankheiten.** (Memorab. Jahrg. XXVI. Heft 9.)

Angeregt durch die Beobachtungen von Rothe, welcher Carbolsäure an Typhuskranke verabfolgte, und dem es gelang, dadurch die Pulsfrequenz und Temperatur herabzusetzen, gastrische Erscheinungen rasch zu mildern, die Krankheitsdauer zu verkürzen, Recidive abzuhalten und bei Gaben unter 1 gr toxische Wirkungen zu vermeiden, versuchte Verf. bei 5 Fällen von Infectionskrankheiten, deren Geschichte näher im Original mitgetheilt ist, die Carbolbehandlung. Er gab Acid. carbol mit Tinct. jodi ana, gewöhnlich 1,0 pro die auf 100 Wasser, löffelweise zu gebrauchen. Die durch Ol. menth. im Geschmack corrigirte Lösung wurde stets gerne genommen.

Sowohl bei 2 ausgesprochenen Typhusfällen, sowie bei einer Malaria und bei 2 anderweitigen, auf Infection zurück zu führenden Allgemein-Erkrankungen, zeigte sich evident schon auf Dosen von 2 Esslöffel Lösung, also etwa 0,3 Carbol, unter sehr reichlichem Schweisse Abfall der Temperatur bis fast auf die Norm und Verminderung der Pulsfrequenz, bisweilen schon nach einer halben Stunde. Einmal trat ein rascher und bleibender Abfall der Temperatur u. s. w. ein und damit allgemeine Besserung, als in der 2. Woche eines Typhus aus Versehen die doppelte Dosis Carbol genommen und eine leichte Carbolintoxication eingetreten war. In dem Bericht von Küstner, welcher bei Wöchnerinnen nach Ausspülungen der Gebärmutter mit starken Carbollösungen bisweilen vollständige Convalescenz von septischen Erkrankungen eintreten sah, findet Verf. ein Analogon für diesen Fall und ist, gleichwie auch Küstner, geneigt anzunehmen, dass unter solchen Verhältnissen das Desinficiens der Carbolsäure in die Blutbahn gelange, hier die Krankheitserreger unschädlich mache und somit eine Hauptursache für das Fieber fortnähme.

Eine volle und characteristische Wirkung tritt nur dann ein, wenn schon im Beginne der Erkrankung energisch mit Carbol vorgegangen wird, dabei ist die innerliche Anwendung grösserer Carboldosen und ihr längerer Fortgebrauch ohne Gefahr möglich, was auch Rothe und neuerdings Pariser Aerzte bestätigen.

Bartold.

---

14. **N. P. Wassilieff** (St. Petersburg), **Ueber die Wirkung des Calomel auf Gährungsprocesse und das Leben von Microorganismen.** (Zeitschr. f. physiolog. Chemie VI. S. 112.)

Die Leistungen der ungeformten Fermente des Organismus werden durch Calomel nicht beeinflusst. Künstlicher Magensaft verdaut in gleicher Zeit dieselben Eiweissmengen, wenn ihm mehrere Gramme Calomel zugefügt sind, wie ohne den Zusatz. — Auch die drei Fermente des Pancreas werden durch Calomel in ihrer Leistung durchaus nicht beeinträchtigt. Die Fäulniss aber, welche in Pancreasinfusen so leicht auftritt, vermag das Calomel zu hemmen. — Bekanntlich führt die Pancreasverdauung zur Bildung reichlicher Mengen von Leucin und Tyrosin neben den Peptonen, während die Fäulniss ausser diesen Stoffen noch Indol, Scatol, Phenol und Hydroparammarsäure aus dem Eiweiss abspaltet. Die letztgenannten Stoffe sind nun nach einer Reihe von Tagen in den Verdauungsgemischen von Fibrin und Pancreasinfus stets nachweisbar; sie fehlen in dem mit Calomel versetzten Parallelpräparat. Auch die Untersuchung der auftretenden Gase zeigt die Abwesenheit der Fäulniss in den Calomelpräparaten. Dieselben bleiben geruchlos, sie verzehren geringe Mengen Sauerstoffs und bilden dafür Kohlensäure. In den sehr übelriechenden Controlpräparaten ohne Calomel sind Sauerstoffzehrung und Kohlensäurebildung viel beträchtlicher, es tritt Schwefelwasserstoff auf.



1 gr Calomel auf 110 cc Flüssigkeit hinderte die Buttersäuregährung absolut. Entsprechend lehrte die mikroskopische Untersuchung, dass Microorganismen, welche in den Controlproben reichlich auftraten, in mit Calomel versetzten Nährstofflösungen absolut fehlten.

Die grüne Farbe der Calomelstühle hatte schon Hoppe-Seyler auf die Gegenwart unzersetzter Galle in den Fäces zurückgeführt. W. fand dem entsprechend, dass mit Calomel versetzte Galle viele Tage lang ihre schöne grasgrüne Farbe bewahrte, während die Controlprobe schon am nächsten Tage braungelb war und die Gmelin'sche Gallenfarbstoffreaction nicht mehr gab.

Einige Versuche an Hunden ergaben, dass im Darmcanale des lebenden Thieres das Calomel ganz so wirkt wie in künstlichen Verdauungsgemischen; auch hier fehlen nach seiner Darreichung die Fäulnissproducte Indol und Phenol, während Leucin und Tyrosin, die sonst zersetzt werden, reichlicher auftreten.

Resumé: Die wohlthätige Wirkung, welche das Calomel bei verschiedenen Störungen im Bereiche der Magendarmfunctionen entfaltet, ist u. A. darauf zurückzuführen, dass sich dieses Mittel aseptisch und antiseptisch in Bezug auf die Darmcontenta verhält.

Zuntz.

---

15. **F. Kraus, Ueber die Bestimmung der Magnesia im Harn durch Titration.** (Zeitschrift f. physiologische Chemie V. S. 422.)

Die Cochenilletinctur wird durch saure Phosphate ebenso wie durch freie Säuren rothgelb, durch neutrale oder basische Phosphate dagegen auch bei gleichzeitiger Gegenwart von sauren Phosphaten rothviolett gefärbt. Die auf dieser Farbenreaktion beruhende Stolba'sche Titrirmethode gibt nach K. auch beim Harne sehr befriedigende Resultate, wenn sie in folgender Weise ausgeführt wird. — Etwa 250 ccm des filtrirten Harns werden mit oxalsaurem Ammonium und Ammoniak ausgefällt, der Niederschlag auf einem Filter mit ammoniakhaltigem Wasser, dann bis zur Entfernung des freien NH_3 mit verdünntem Alkohol gewaschen. Das Filter mit dem Niederschlage wird dann in wenig heisses Wasser gebracht, Cochemilletinctur, dann überschüssige $^1/_{10}$ Normalsäure zugesetzt und mit Normalalkali zurücktitrirt, bis die rothgelbe Farbe wieder in rothviolett umschlägt. — Die Resultate harmoniren befriedigend mit den zur Controle ausgeführten gewichtsanalytischen Bestimmungen.

Zuntz.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **14. April.** **Nro. 2.**

16. **Rendu, Intoxication par la vapeur de charbon.** Vergiftung durch Kohlendunst. (L'Union méd. Nr. 33 u. 34.)

Der Fall betrifft eine bis dahin ganz gesunde, kräftige Frau von 31 Jahren. Die Vergiftung fand am Nachmittage des 19. September 1881 Statt, und wurde die Frau von ihrem gegen Mitternacht nach Hause zurückkehrenden Manne in tiefem Coma liegend aufgefunden. Am nächsten Morgen kam das Bewusstsein wieder und es zeigte sich jetzt eine rechtsseitige Facialisparalyse sowie motorische und sensible Lähmung des Unterarms, der Hand, des Unterschenkels und Fusses der rechten Seite. Nach einer sechswöchentlichen erfolglosen Behandlung mit Einreibungen, Bädern und Electricität wurde die Kranke ins Hospital aufgenommen. Status praes. am 15. November: Bei vollständiger Ruhe ist die rechtsseitige Facialislähmung kaum zu bemerken,



manifestirt sich aber sofort beim Lachen, Sprechen, Pfeifen etc. Am mittleren Drittel des rechten Oberarms findet sich eine spontan und gegen Druck schmerzhafte, feste, wenig bewegliche mit der Haut verwachsene Geschwulst. Die Motilität und Sensibilität des rechten Oberarms vollständig intact, die Extensoren der Hand und Finger, die Interossei, der Supinator brev. total gelähmt, die übrigen Muskeln des Unterarms leicht paretisch. Die electrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln durch den Inductionsstrom ist ganz aufgehoben. Der rechte Oberschenkel vollkommen intact; die Extensoren des rechten Fusses und der Zehen gelähmt und electrisch nicht mehr reizbar, die übrigen Muskeln des Unterschenkels in ihrer Function geschwächt.

Die Sensibilität ist auf der gelähmten Gesichtsseite ganz normal, an der rechten Hand ist die Empfindlichkeit gegen Druck, Schmerzen und Temperaturunterschiede stark herabgesetzt, am unteren Drittel des rechten Unterschenkels und am Fusse vollständig aufgehoben. Die Reflexerregbarkeit ist an den afficirten Parthieen vermindert, das Kniephänomen rechts stärker als normal. Die Haut an den gelähmten Fingern und Zehen glatt, die Hautfalten verschwunden; die Nägel nach vorn gekrümmt und streifig. Die Haut der gelähmten Hand ist immer feucht, zuweilen mit Schweiss bedeckt, die Temperatur je nach der der umgebenden Luft bald niedrig, bald hoch. An der Volarfläche der linken Handwurzel befindet sich ein kleiner schmerzhafter Knoten; die Dorsalfläche des kleinen Fingers und der innere Rand des Ringfingers sind anästhetisch. Die Behandlung bestand in Faradisation der gelähmten Parthieen und Schwefelbädern. Nach etwa 8 Wochen war die Facialisparese vollständig verschwunden, ebenso die schmerzhaften Knoten. Die Sensibilität der Haut ist an der Hand vollständig normal, die Extensoren des Daumens und Zeigefingers, die Interossei gehorchen wieder dem Willensimpuls, der Ext. digit. com. ist electrisch erregbar. Der Gang ist sicherer. Die Anästhesie ist am Fusse auf die Dorsalgegend beschränkt; die Kranke fühlt wieder den Boden. Dagegen sind die Streckmuskeln des Fusses noch immer gelähmt und reagiren nicht auf den Inductionsstrom. Der Umfang der rechten Wade ist um 3 cm geringer als der der linken. Das Kniephänomen ist auf beiden Seiten gleich stark. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die in der Litteratur verzeichneten Beobachtungen von Kohlendunstvergiftung; besonders einige der von Laroche veröffentlichten bieten vielfache Analogieen mit dem seinigen. Bei der Erörterung der Frage nach dem Wesen der Erkrankung, ob central oder peripher, entscheidet er sich für Letzteres, 1) wegen der Localisation der Lähmungen auf bestimmte, von bestimmten Nerven versorgte Muskelgruppen, 2) wegen der Beschränkung der Anästhesie auf die gelähmten Partieen, 3) wegen der trophischen Störungen, 4) wegen des Auftretens der schmerzhaften Knoten, die schon von Remak bei neuritischen Processen beobachtet sind. Er plädirt für excephalen Ursprung der Entzündung, für Neuritis descendens, weil bei den Kohlenoxydvergiftungen den Lähmungserscheinungen stets schwere Störungen der Gehirnthätigkeit vorhergehen.

Brockhaus (Godesberg).

---

17. **Goldhaber, Beobachtungen aus der Privatpraxis.** (Przeglad lekarski, 1881. Nr. 47. polnisch.)

Verf. beobachtete im Herbst 1880 in mehreren Ortschaften eine eigenthümliche Epidemie. Die Krankheit begann mit heftigem, mehrere Stunden anhaltendem Frostanfall mit darauffolgendem starken Fieber (40.0), Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, grosser Unruhe, zuweilen auch Delirien. Oft zeigten sich allgemeine Giederschmerzen, heftiger Durst. Der Schweiss war profus, der spärliche Harn enthielt häufig Eiweiss. Gleichzeitig trat starker Catarrh aller Schleimhäute auf; Conjunctivae injicirt, Mundschleimhaut geröthet, Tonsillen stark geschwollen, oft mit grauweissem Exsudat belegt. Schlingbeschwerden, Stimme verändert, heftige Schmerzen des Rachens, häufiges Niesen, Husten mit spärlichem schleimigem Auswurf. Ueber den Lungen trockene Rasselgeräusche. Die Submaxillardrüsen geschwollen, schmerzhaft. Solcher Zustand dauerte höchstens 48 Stunden, worauf das Allgemeinbefinden sich besserte und nur die Symptome seitens des Rachens noch etliche 48 Stunden andauerten. Die ganze Krankheit dauerte fast nie über 5 Tage. Dabei niemals ein Hautexanthem. Bei Kindern war der Verlauf schwieriger; hier traten zugleich mit dem Exsudat auf den Mandeln alle Zeichen des Croup auf, dem die Kinder ziemlich oft erlagen. Bei vielen verliefen auch diese Symptome rasch, die Tonsillen reinigten sich und die Patienten genasen schnell. Die Krankheit erwies sich stark ansteckend, so dass gewöhnlich alle Bewohner desselben Hauses reihenweise erkrankten. Verf. beobachtete im Dorfe „Korzenna" (Galizien) mit 750 Einwohnern 84 (10.97 %) derartige Fälle und classifizirte sie in den amtlichen Berichten als „epidemische Angina mit croupösem Exsudat". Erst nach 5 Monaten bekam er in einigen Fällen Scharlachexanthem und Desquamation zu Gesicht. — Unter obigen 82 Fällen starben 16 = 19.5 Procent der Erkrankten und 2.13 % der Einwohnerzahl. Die meisten Kranken waren im Alter von 5—12 Jahren, nie unter einem Jahr, der Rest (32 %) zeigte ein Alter von 15—60 Jahren. Alle Verstorbenen gehörten dem Kindesalter an; die Todesursache bildete 3 mal Uraemie, 13 mal Croup. Unter den Scharlachkranken (29) starben 3. Die ganze Epidemie dauerte vom 22. XI. 1880 bis 10. IX. 1881. 18 ähnliche Erkrankungsfälle sah Verf. gleichzeitig in der nahen Stadt Ciezkowice.

Die Epidemie entspricht vollkommen der sog. Grippe (Influenza) mit der Ausnahme, dass bei der letzteren keiner von den Autoren weder von Albuminurie noch von croupösem Exsudat oder Croup erwähnt. Da es nun bekannt ist, dass bei leichteren Scharlachepidemien das Exanthem und die Hautdesquamation fehlt, dagegen Schwellung der Halsdrüsen, Diphtherie und Croup auftreten, da ferner in obiger Epidemie vom 5. Monate ab sowohl Hautdesquamation als Nierenentzündungen beobachtet wurden, so glaubt Verf. schliessen zu können, „dass die ganze Epidemie nichts Anderes war, als leichte Scarlatina sine exanthemate, die unter dem Bilde der Influenza verlief". — „Wenn wir uns ferner daran erinnern, dass noch in diesem Jahrhundert Masern und Scharlach für eine und dieselbe Krankheit gehalten wurden, dass die Harnanalyse verhältnissmässig nicht lange am Krankenbette geübt



wird und dass wir erst in der letzten Zeit die Scarlatina sine exanthemate kennen gelernt haben, so glaube ich zum folgenden Ausspruch berechtigt zu sein: Influenza existirt nicht als selbstständige Krankheit, sondern bildet nur die Benennung für gutartige Scarlatina; alle als Influenza beschriebenen Epidemien waren nichts Anderes als Scharlach.“ Damit würde nach Verf. der Umstand in Einklang stehen, dass im 17. und 18. Jahrhundert die Influenzamortalität angeblich sehr gross war, während sie in der neusten Zeit fast auf Null gesunken ist; früher hat man wahrscheinlich auch ausgesprochenen Scharlach für Influenza genommen, während heute mit diesem Namen nur die leichten Fälle sine exanthemate et desquamatione belegt werden.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

18. **Bókai jun.** (Pest), **Ein Fall von Meningitis basilaris non tuberculosa.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde XVIII. Bd. 1. Heft.)

6jähriges Mädchen am 6. April 1881 aufgenommen, klagt über Kopfschmerzen und zittert am ganzen Körper vor Kälte. Anamnese fehlt vollständig. Temp. 39.8, Puls 100 regelmässig. Sensorium frei, heftiger Kopfschmerz besonders bei Lagewechsel, Pupillen gleichmässig verengert, reagiren gut. Nackenstarre, Milztumor, Obstipation. Kein Lungenbefund, keine Drüsenschwellungen. Am 11. April Strabismus conv. bei engen Pupillen, links Facialisparese. Puls regelmässig. Sensorium frei, 4 Tage später erweiterte Pupillen, jeden Morgen Erbrechen, eingezogenes Abdomen. Unregelmässiger verlangsamter Puls. Erbrechen unstillbar, wiederholt sich täglich, Strabismus unverändert bei erweiterten Pupillen, Puls wieder regelmässig. Am 4. Mai grosse Unruhe, häufiger Cri hydrocéphalique, Apathie. Erbrechen mehrmals täglich. Von da an Stadien anscheinend kurzer Besserung. Vom 26. Mai Bewusstsein vollständig erloschen, extreme Abmagerung, kahnförmiges Epigastrium, Milztumor noch immer vorhanden. Zuletzt Schlingbeschwerden und Tod am 30. Mai. Der ganze Verlauf 54 Tage. Das Fieber ganz unregelmässig; zuerst continuirlich hoch, dann intermittirend und mit zeitweise normaler Temperatur abwechselnd. Dann wieder sehr hohe Contuina, die letzten beiden Tage normal, zuletzt plötzliche Steigerung auf 40,3 und Tod. Die Autopsie zeigte eine Meningitis basilaris mit hochgradigem internen Hydrocephalus und Erweichung um die Ventrikel. Pia convex. frei. Nirgends Tuberkel. Zuerst dachte man an eine tuberkulöse Meningitis, welche Diagnose aber durch den äusserst schleppenden Verlauf, durch das späte Auftreten des Sopor, das Ausbleiben der Convulsionen immer zweifelhafter wurde. Am meisten in den Vordergrund treten der hartnäckige Kopf-

schmerz, das unstillbare Erbrechen, dann das 2 Wochen hindurch sich täglich wiederholende Auftreten des Cri hydrocéphalique. Pulsarythmie bestand nur an einem Tage der zweiten Woche.

Kohts (Strassburg).

---

19. **Herz** (Wien), **Ein Fall von Meningitis basilaris mit Ausgang in Genesung.** (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. III, Heft 5 u. 6.)

Verfasser theilt die Krankengeschichte eines 3jährigen Pat. mit, welcher die sämmtlichen Symptome einer Basilarmeningitis, Kopfschmerz, Somnolenz, Nackenstarre, unregelmässigen und verlangsamten Puls, eingezogenes Epigastrium, Strabismus, charakteristischen Augenspiegelbefund, Papillitis, Fieber darbot und nach etwa 40tägigem Verlaufe zur Heilung kam. Der Fall, welcher als Meningitis basilaris non tuberculosa bezeichnet werden muss, da weder die Anamnese noch der Befund an den Lungen für Tuberkel spricht, zeigt gewisse Eigenthümlichkeiten gegenüber der typisch verlaufenden Meningitis tuberculosa. Das Stadium der Prodromalerscheinungen fehlte vollständig. Erbrechen trat niemals auf, sondern nur Brechneigung; ebenso fehlte die vollständige Benommenheit des Sensoriums und das ganze convulsivische Stadium. Die Retardation und Unregelmässigkeit des Pulses trat schon am zweiten Tage auf und hielt fast durch den ganzen Verlauf an.

Kohts (Strassburg).

---

20. **Prof. Nothnagel (Jena), Zwei Fälle von Gehirntumoren.** (Wiener med. Blätter 1882, Nr. 1 u. 2.)

Im 1. Falle handelt es sich um eine 22jährige Frau, deren Leiden mit heftigem Schwindel begann; alsbald trat Uebelkeit und Erbrechen hinzu und gelegentlich machte sich Zittern am ganzen Körper namentlich während der Bettruhe bemerklich. Allmählich entwickelten sich Kopfschmerz, Ohrensausen, Abnahme des Sehvermögens und das Gefühl der Schwere, sowie Kribeln und Ameisenlaufen in den Extremitäten. Während des Aufenthaltes auf der Klinik trat fast allmorgentlich Erbrechen auf bei sehr gutem Appetit; der Gang ist schwankend; an den Extremitäten weder Lähmung noch Ataxie. Leichte Parese des linken Mundfacialis, rechtsseitige reflectorische Pupillenstarre, beiderseitige partielle Oculomotoriuslähmung. Reflexe normal, Sensibilität ungestört, Stauungspapille. Später traten länger dauernde Phosphene abwechselnd in beiden Augen auf. Die Erscheinungen nehmen allmählich zu; nach Verlauf von 3 Monaten ist vollständige Blindheit vorhanden; als neue Symptome zeigen sich Nystagmus, Betheiligung der übrigen



Facialiszweige der linken Seite, Abstumpfung der Sensibilität am linken Arm. Bei der Section findet sich der 4. Ventrikel von einem lockern, leicht verfärbten Blutgerinnsel erfüllt; die Vierhügel in ganzer Ausdehnung, der Pons in seinem rückwärts gelegenen dorsalen Abschnitt und die Corpora restiformia in ganzer Ausdehnung des 4. Ventrikels von einer röthlich grauen, stellenweise fast gallertig weichen hämorrhagischen Neubildung (die sich mikroscopisch als Gliom erweist), substituirt. — Im übrigen Gehirn keine Veränderung.

Die Ataxie neben der gleichzeitig vorhandenen doppelseitigen Oculomotorius- und Abducenslähmung bestimmten N. schon während des Lebens eine Geschwulst in den Vierhügeln zu diagnosticiren. Da es auf Grund mehrerer Beobachtungen, namentlich von Leyden und Kahler feststeht, dass Läsion des dorsalen Ponsabschnittes Ataxie verursachen kann, so erscheint die Annahme berechtigt, dass auch im vorliegenden Falle diese die Veranlassung der Gleichgewichtsstörung sei. Naheliegend erscheint es ferner, die Betheiligung der sämmtlichen hier ergriffenen Augenmuskeln von einem gemeinschaftlichen Herd abzuleiten und mit Rücksicht auf bekannte physiologische Versuche (Adamuek) ist derselbe in den Vierhügeln zu suchen. Das Verhalten der Facialislähmung, die Betheiligung der Stirnzweige und Verminderung der faradischen Erregbarkeit ist, da an der Basis beide Facialis unversehrt waren, zweifellos Folge einer Läsion des Facialis durch die Geschwulst in seinen Ursprüngen oder nach seiner Kreuzung im Pons.

Der 2. Fall betraf einen 40jährigen Mann, dessen Krankheit 9 Wochen vor Spitaleintritt mit Schwindel und Kopfschmerzen begann. Es fand sich leichte Parese des linken Mundfacialis, sonst nirgends Lähmung. Der Gang ist unsicher, schwankend, zuweilen besteht Neigung nach rückwärts zu fallen oder zu gehen. Sensibilität ungestört. Mässiger Grad von Stauungspapille. Im Verlauf der Beobachtung zeigt Pat. zunehmende geistige Stumpfheit, einige Zeit treten allgemeine Convulsionen auf; das Sehvermögen erlischt vollständig; es tritt Parese der rechten obern und untern Extremität auf. Nach einiger Zeit entwickelt sich Paralyse des N. abducens dexter. — Section: Der linke Frontallappen in ganzer Ausdehnung substituirt von einer hortensiafarbigen theils festen theils zerfliessend weichen Neubildung, welche die Decke des l. Seitenventrikels erreicht. Der rechte Abducens erscheint deutlich abgeplattet durch die in Folge intracraniellen Drucks stark vorgewölbte basale Fläche der rechten Hemisphäre. Im übrigen Gehirn nur die Erscheinungen gesteigerten intracraniellen Drucks.

Die im vorliegenden Falle beobachteten Herdsymptome veranlassten Verf., die Diagnose auf einen Tumor in der hintern Schädelgrube, „vermuthlich im Cerebellum mit Druckwirkung auf die darunter gelegenen Parthien“ zu stellen. Der Fall lehrt von Neuem auf das Eindringlichste, mit der Localisationsdiagnose bei Tumoren ausserordentlich vorsichtig zu sein, „weil die polypenartigen Ausbreitungen desselben gar nicht zu berechnen sind.“ E. Schuetz (Prag).



21. **Grocco, Studii clinici sull' atetosi.** Klinische Studien über die Athetose. (Ann. univ. di medic. e chir. 1882. Heft. 1.)

G. bespricht zunächst die bisher veröffentlichten Arbeiten über Athetose. Die Autoren unterscheiden zwischen der seltenen primären und der zu anderen Erkrankungen, besonders des Gehirns, hinzutretenden secundären Form, ferner zwischen einseitiger und doppelseitiger Athetose, wozu G. noch als dritte Form die Monoathetose, bei der nur ein Glied einer Seite erkrankt ist, hinzufügt, endlich zwischen temporärer und dauernder Athetose. Symptomatologisch ist das Hauptgewicht auf die continuirlichen, langsamen, unwillkürlichen Flexions- und Extensionsbewegungen der Finger und Zehen zu legen. Bei den Fingern überwiegt meist die Extension, bei der grossen Zehe ebenfalls, bei den 4 anderen Zehen die Flexion. Gleichzeitig treten zuweilen Ab- und Adductionsbewegungen ein. Meist sistiren die Erscheinungen der Athetose während des Schlafs vollständig. Nicht selten werden sie complicirt durch intermittirende Krämpfe und Contracturen der Muskeln des Unter- und Oberarms, der Schulter, des Unter- und Oberschenkels, sowie der vom Facialis versorgten Muskeln. Oft auch wird das reine Bild der Athetose getrübt durch Complication mit den Erscheinungen der Ataxie, der Paralysis agitans sowie der Chorea. Die pathologisch-anatomischen Befunde bei Athetose sind spärlich und wenig übereinstimmend, so dass die Ansichten der Autoren über die Pathogenese des Leidens sehr divergiren. Hammond verlegt den Sitz des Leidens in das Corpus striatum, Eulenburg in die in der Rindenschicht des Gehirns gelegenen motorischen Centren, Charcot in die Gegend zwischen Thalamus opticus und Linsenkern, Rosenbach in die Hinterstränge des Rückenmarks etc. etc. Die Prognose ist nach dem allgemeinen Urtheil eine schlechte, obwohl Athetose an sich wohl nicht zum Tode führt. Bei der primären Form kann, wie ein von Gnauck mit dem constanten Strom und Bromkali behandelter Fall zeigt, Heilung eintreten. Verf. bespricht sodann fünf von ihm beobachtete Fälle von Athetose, über welche das Nähere im Original nachzusehen ist und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. In sämmtlichen 5 Fällen trat die Athetose im Verlaufe einer Krankheit von zweifellos cerebralem und zwar meist haemorrhagischem Charakter ein und entwickelte sich auf dem Boden einer mehr oder weniger scharf ausgeprägten Hemiplegie.

2. Dem klassischen Bild der Athetose entsprach kein einziger vollständig, wie dies auch bei der Mehrzahl der in der Litteratur verzeichneten Beobachtungen dieses Leidens der Fall ist.

3. Die Athetose war in verschiedener Weise complicirt und combinirt mit anderen posthemiplegischen Symptomen, Contracturen, intermittirenden Krämpfen, Hemichorea, Atrophie der Muskeln etc. In den einzelnen Fällen war die Schwere der Erscheinungen und ihr Verhalten während des Schlafes gegen den Willensimpuls bei willkührlichen Bewegungen etc. sehr verschieden. Der erste Beginn des Leidens, gewissermassen eine Abortivform konnte zuweilen in ganz langsamen, unwillkürlichen, wenig ausgedehnten Bewegungen beobachtet werden.

4. Die Athetose zeigt die ihr eigenthümlichen Bewegungen fast



immer an den Fingern und Zehen, man findet sie aber auch an andern Punkten, so in einem Fall am Oberarm und der Schulter.

5. Die bei Athetose zuweilen beobachteten intermittirenden Muskelkrämpfe können auch in den Muskeln des Rumpfes auftreten.

6. Die Athetose kann verschwinden und wieder erscheinen, und kann, wie ein Fall zeigt, transitorisch in dem Symptomencomplex der acuten Exacerbation eines chronischen Gehirnleidens eintreten.

Brockhaus (Godesberg).

---

22. **Dr. Th. Rumpf** (Düsseldorf), **Ein Beitrag zur Tabes-Syphilis-frage.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 36.)

23. **Dr. Voigt** (Rehme-Oeynhausen), **Syphilis und Tabes dorsalis.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 39 u. 40.)

Beide Autoren behandeln die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis, Rumpf, indem er einen durch antiluetische Behandlung geheilten Fall von Tabes beschreibt, Voigt durch Mittheilung ätiologischer und symptomatischer Daten, die er an einer grösseren Zahl von Tabeskranken erhoben hat.

In R.'s Fall handelt es sich um einen 53jähr. Lokomotivführer, der vor 15 Jahren einen Schanker mit Sekundärerscheinungen acquirirt und 2 mal mit Erfolg eine Quecksilberkur durchgemacht hatte. Als nunmehr Anfangssymptome der Tabes auftraten, wurde von Neuem eine Schmierkur (25 Einreibungen à 3 gr) unternommen. Nach vorübergehender Besserung trat jedoch trotz nachfolgendem Jodkaligebrauch eine auffallende Verschlimmerung ein. Als Rumpf den Pat. zuerst sah, bestand ausgebildete Tabes: lancinirende Schmerzen, Gürtelgefühl, Ataxie, erloschene Sehnenreflexe, reflektorische Pupillenstarre; das Muskelgefühl war aber erhalten, die Haut hyperästhetisch. Die Schmierkur wurde wieder aufgenommen. Nach weiteren 60 Einreibungen (im Ganzen 86) mit kurzen nothwendigen Unterbrechungen, war (ca. 8 Monate nach Beginn der Erkrankung) von der früheren schweren Affektion nichts mehr nachzuweisen; selbst die Sehnen- und Pupillar-Reflexe waren wiedergekehrt.

Unter 43 tabischen Männern, die Voigt beobachtete, waren 29 bestimmt syphilitisch gewesen, also 67 % (bei den übrigen war Lues nur zum Theil mit Bestimmtheit auszuschliessen). Mit einer einzigen Ausnahme wollen Alle nach Beginn der Tabes von syphilitischen Symptomen frei geblieben sein. Nur in 5 Fällen der (23) verheiratheten Tabiker sind Abortus oder schwächliche Kinder verzeichnet, während die übrigen angeblich gesunde Kinder hatten. Nach Abrechnung von 5 Fällen mit neuropatischer Belastung und von zweien, in denen Anstrengung, resp. nasskalter Fussboden als Ursache angeführt wurden, bleiben immer noch 22 (= 51 %), in denen nur Syphilis als ätiologisches Moment vorhanden war. In keinem der sämmtlichen 43



Fälle lagen Erkältungen und sexuelle Excesse zu Grunde. Bezüglich der letzteren hat Verf. mehrfach beobachtet, dass sie nicht zu Tabes, sondern zu hochgradiger Neurasthenia cerebrospinalis führten; es sei auch auffallend, dass Tabes gerade in dem Lebensalter am seltensten auftrete, in welchem die meisten derartigen Excesse begangen würden. Da auch andere als die erwähnten Momente nicht herbeigezogen werden konnten, so blieben 21% ohne genauere Ursache. — Das prädisponirte Alter fand V. zwischen 30—50 sowohl für syphilitische als für nicht syphilitische Kranke. Der Zeitraum zwischen der Infektion und dem Beginn der Tabes schwankte von 2 bis 25 Jahre, und betrug in der Mehrzahl der Fälle 6—15 Jahre.

In dem symptomatologischen Theil seiner Arbeit führt V. zunächst in einer Tabelle die Initial-Symptome der Tabes nach ihrer Häufigkeit bei seinen syphilitischen und nichtsyphilitischen Kranken vergleichend auf; dann werden alle einzelnen Symptome der ausgebildeten Tabes in Bezug auf ihre Häufigkeit im Allgemeinen und insbesondere mit Rücksicht auf luetische oder nicht luetische Basis der Krankheit besprochen und in einer weiteren Tabelle zusammengestellt. Bei Gelegenheit der sensiblen Störungen lässt der Verf. Angaben über die von ihm angewandten Untersuchungsmethoden einfliessen.

Unter der Prämisse, dass es erlaubt sei „aus einer so kleinen Anzahl von Fällen allgemeingültige Schlüsse zu ziehen“, gelangt V. dann zu folgenden Sätzen: „Die Syphilis spielt eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Tabes“. (67 %, Erb 88 %.) „Aus den Symptomen lässt sich ein wesentlicher Unterschied zwischen Tabikern mit und ohne vorausgegangene Syphilis nicht finden.“ Würde es auch bei grösserem Beobachtungsmaterial nicht gelingen, solche Unterschiede zu finden, „so dürfte ein spezifisch krankmachender Einfluss der Syphilis auf die Hinterstränge etc. des Rückenmarks auszuschliessen sein. Vielmehr müsste man annehmen, dass die Syphilis entweder nach Analogie anderer gleichwirkender Schädlichkeiten Tabes erzeugt, oder dass sie durch Ernährungsstörungen, sei es des Gesammtorganismus, sei es des Centralnervensystems, gewisse Theile desselben weniger widerstandsfähig macht gegen die Einwirkung solcher Nerven, die an und für sich zur Hervorbringung der Tabes geeignet sind.“

Aus der unzweifelhaften Thatsache, dass Tabes oft im Verlaufe von Syphilis auftritt, folgt in therapeutischer Hinsicht die Mahnung, der letzteren Krankheit eine sorgfältige fortgesetzte Beobachtung, nöthigenfalls intensive, wiederholte Schmierkuren angedeihen zu lassen, um so mehr als die antisyphilitische Behandlung selten nachhaltige Erfolge erzielt, wenn die Tabes erst ausgebrochen ist. Wenigstens sprechen dafür Voigt's eigene Erfahrungen (cf. dagegen Rumpf's Fall). Im Uebrigen behandelte V. seine Kranken mit Thermalsoolbädern (24—22 ° R.), kalten Abwaschungen und mit dem konstanten Strom. Unter dieser Behandlung wurden 21 Syphilitische, 11 Nichtsyphilitische gebessert, das Befinden der übrigen 11 nicht verschlechtert. In 2 Tabellen, von welchen die eine die Tabischen mit, die andere diejenigen ohne voraufgegangene Syphilis enthält, werden die gebesserten Symptome einzeln aufgezählt. Es ist daraus ersichtlich, dass bei beiden Kategorien die gleiche Behandlung annähernd gleiche Re-



sultate erzielte, was wiederum gegen einen spezifischen Einfluss der Lues auf die Hinterstränge etc. des RM. spricht. Uebrigens will V., wie Juillard, die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, dass durch syphilitische Prozesse ein der typischen Tabes ähnliches Krankheitsbild (Ataxie) hervorgerufen werden könne. In solchen Fällen läge die anatomische Ursache aber entweder gar nicht im RM. oder doch nicht in den Hintersträngen.

Stintzing (München).

---

24. **Dr. O. Langendorff** (Königsberg), **Ueber Tetanisirung von Nerven durch rhythmische Dehnung.** (Centralb. f. d. medicin. Wissensch. 1882. Nr. 7.)

Bei Gelegenheit von Versuchen über die physiologische Wirkung der Nervendehnung versuchte L. durch rhythmisches Dehnen und Wiederloslassen den Nerven rhythmisch zu reizen. Es gelang, durch Anschlagen einer Stimmgabel, an deren einen Zinke ein kurzer Faden befestigt war, der andererseits zum Nerven führte, einen kräftigen und lang dauernden Tetanus herbeizuführen. Das Anschlagen der Stimmgabel darf nur in der Richtung zum Nerven und bei gelockertem Faden geschehen. Gewöhnlich diente zu den Versuchen der ganze, gemeinsam unterbundene Plexus ischiadicus grosser Frösche. Die mittelst des Marey'schen Myographe à transmission graphisch aufgenommene Tetanuskurve der Achillessehne unterscheidet sich von der durch elektrische Tetanisirung gewonnenen nur durch eine zarte Zähnelung, die jedoch mit der Diskontinuität des Tetanus nichts zu thun hat, sondern als die durch Faden, Nerven, Muskel ete. fortgeleiteten Schwingungen der Stimmgabel aufzufassen ist, wie Versuche am todten Thier beweisen.

Durch dasselbe Tetanisirungsverfahren hat L. vom centralen Vagusstumpf aus exspiratorischen Athmungsstillstand von mehreren Sekunden, vom peripheren Vagusstumpf aus Verlangsamung, und sogar vorübergehende Sistirung der Herzaction herbeigeführt.

Stintzing (München).

---

25. **Dr. Martin Bernhardt** (Berlin), **Weiterer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des N. facialis bis tic convulsif.** (Deutsche Med. Wochenschr. 1882. Nr. 9.)

Als Fortsetzung zu einer früheren Arbeit über die Pathologie und Therapie des Facialiskrampfes (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. III., H. 1. Ref. in dies. Centralbl. 1881. S. 215) berichtet B. über einen weiteren Fall von tic convulsif, bei welchem die Nervendehnung mit Erfolg aus-



geführt wurde: Linksseitiger Facialiskrampf bei einer Frau in Folge von Ueberanstrengung des l. Auges. Electrische Behandlung durch 2 Jahre, sowie Badekuren ohne Erfolg. Nach ca. $3^1/_2$ Jahren Dehnung des l. Facialis (Dr. Hahn). Totale Lähmung des ganzen l. Facialisgebietes (mit Ausnahme des R. auricul. post.). Faradische Erregbarbeit der Nerven und Muskeln erloschen. Uebererregbarkeit der Muskeln für den galvan. Strom, die allmählich in herabgesetzte übergeht, während auch die faradische Erregbarkeit in Nerv und Muskel langsam wiederkehrt. Die spontanen Zuckungen, die nach der Operation verschwanden, sind nach $^1/_2$ Jahr nicht wieder aufgetreten. An Stelle der Lähmung hatte sich allmählich wieder gute aktive Beweglichkeit eingestellt.

In 10 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen (Baum, Schüssler, Eulenburg, Putnam, Sturges-Godlar, Southam, v. Hoffmann und 3 eigenen Fällen) hatte die Nervendehnung fast ausnahmslos eine mehr weniger lang anhaltende Lähmung, bisweilen auch Kontrakturen im Gefolge. In 4 Fällen kehrten die Zuckungen in einer Beobachtungszeit von $1^1/_2$, 3, 6 (obiger Fall) und 9 Monaten gar nicht wieder, in 3 Fällen wurden sie wesentlich gebessert (Beobachtungsdauer 2 Mon., $^1/_2$ und 2 Jahre; in 2 andern Fällen beobachtete Verf. einmal nur sehr mässige Besserung, das andere Mal Rückkehr der unwillkührlichen Bewegungen.

B. glaubt, dass die neueren Erfahrungen, insbesondere der obige Fall geeignet seien, den Werth der Nervendehnung bei Facialiskrampf in günstiger Weise zu modificiren, wenn auch ein Endurtheil über den Erfolg derselben erst nach weiteren Beobachtungen abgegeben werden könne. Woher es kommt, dass bei scheinbar identischen Fällen das eine Mal die früheren Zuckungen aufhören, das andere Mal mit der wiederkehrenden Motilität sich von Neuem einstellen, lässt sich zur Zeit nicht sicher entscheiden.

Stintzing (München).

---

26. **Dr. Adolf Strümpell** (Leipzig), **Notiz über vier Fälle von Nervendehnung bei Rückenmarkskranken.** (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 4.)

In 2 Fällen von typischer Tabes dorsalis wurden beide Ischiadici gedehnt. In dem einen Falle Besserung der Schmerzen, im anderen Besserung des Gefühles in den Fusssohlen — beide Erfolge jedoch nur von kurzer Dauer. — Die Dehnung beider Ischiadici bei einer diffusen Myelitis im Lumbalmark hatte gar keinen therapeutischen Effekt. — Der 4. Fall betrifft einen Kranken mit spastischer Spinallähmung, vorzugsweise im l. Beine. Nach der Operation am l. Ischiadicus war das vorher sehr intensive Fussphaenomen links für 8 Tage



vollständig verschwunden, Steifigkeit und Spannung sowie der Gang etwas gebessert. Nach einigen Wochen kehrte aber der frühere Zustand wieder.

Stintzing (München).

---

27. **Dr. W. Frobenius, Einige Bemerkungen über pleuritische Exsudate und deren Behandlung** im Zeitraume von 1869 bis Ende 1880 im Krankenhause München r. J. (Annal. der städt. allgem. Krankenh. zu München 1881, S. 889.)

Verfasser hat aus einem krankengeschichtlichen Material von 12 Jahren (aus 276 Fällen flüssiger Pleuraexsudate) alle Fälle von flüssigen pleuritischen Exsudaten mit mehr als 14tägigem Bestande nach dem Vorbilde Ewalds tabellarisch zusammengestellt, um der Frage von dem Verlauf der operativ und nicht operativ behandelten Pleuraexsudate näher zu treten. Der Entscheidung dieser Frage steht wie überall als Hinderniss im Wege die Unmöglichkeit, alle Kranke einen längeren Zeitraum hindurch zu beobachten, sowie von allen den ev. Sektionsbericht zu bekommen.

Die Probepunktion hält Verf. bei genügenden antiseptischen Kautelen für unbedenklich und für das einzige Mittel zur Entscheidung der Qualität des Exsudats. An Lebenden und Leichen wurde festgestellt, dass die Länge des einzustechenden Nadelstückes 3—3,5 cm betragen müsse. — Als grösster Rauminhalt der einen oder anderen Pleurahälfte wurden (bei Entfernung der betreffenden Lunge und des Herzens und möglichster Ausweitung der Wandungen) 4 Liter gefunden, so dass Angaben über 5 Liter jedenfalls mit Vorsicht aufzunehmen sind. Plötzliche Todesfälle bei grösseren Exsudaten kamen 4mal zur Beobachtung, 3mal bei rechtsseitigem, 1mal bei linksseitigem serösem Exsudat. Nur in einem dieser Fälle war die Ursache ersichtlich: bedeutender Bluterguss im Herzbeutel. Durchbruch pleuritischer Exsudate mit Heilung fand sich 2—3 mal, Empyema necessit. 2mal, Spontanresorption grösserer Ergüsse fand statt in 10 Fällen mit fraglicher, in 4 Fällen mit nachgewiesener seröser Beschaffenheit. Ausser in 2 Fällen von Empyem mit ungünstigem Ausgang wurde die Punktion nur bei serösen und serös-fibrinösen Exsudaten in Anwendung gezogen, entweder aus Vitalindikation oder bei fehlender Aussicht auf spontane Resorption nach mehr als 3wöchentlichem Bestande. Als Apparat dienten Aspirationsspritzen, anfangs die von Tutschek, seit 3 Jahren die von Dieulafoy, ohne Unterschied im Erfolge. Punctionsstelle fast ausnahmslos etwa 3 cm unterhalb des unteren Schulterblattwinkels. Auf Entleerung von 2 Liter wurde durchschnittlich $^1/_2$ Stunde verwendet. Bei 3 eitrigen Ergüssen wurden durch Incision entleert: 3500, 3700 und 4300 ccm. Nach der Incision (an der gleichen Stelle wie



die Punktion) wurde meist gleich mit $2^1/_2$ % Carbolsäure ausgespült, worauf regelmässig vorübergehender Carbolsäurecollaps erfolgte, in einem Falle mit $3^1/_2$ % Borsäure, 1 mal jegliche Ausspülung unterlassen. Zum Abfluss wurde ein fingerdickes Drainagerohr bis an den tiefsten Punkt der Höhle eingelegt und successive verkürzt. Eine Rippenresektion wurde wegen mangelnder Indikation nicht vorgenommen. Als Indikation für dieselbe betrachtet Verf. nur abnorme Enge der Intercostalräume und bedeutende primäre Rippencaries. Sekundär ist sie dann vorzunehmen, wenn bei verzögerter Heilung sich von den durch die Resektion verfügbar gewordenen Weichtheilen ein Verschluss des noch vorhandenen Raumes erwarten lässt.

Aus der Tabelle, welche 71 Fälle mit Abrissen der Krankengeschichten aufführt, ist ersichtlich, dass die Punktion der serösen Exsudate mit wenigen Ausnahmen Erfolg hatte, selbst in vielen Fällen von Phthise, dass sämmtliche (19) Fälle von exspectativ behandelten und 1 Fall von punktirtem eitrigen Exsudat lethal endigten, während von 4 durch Incision behandelten nur 2 starben und 2 völlig genasen. Die Kranken mit eitrigen Exsudaten bei Verdacht oder Nachweis der Phthise, starben, wenn exspectativ behandelt, sämmtlich (10), ebenso ein punktirter Fall. Die Incision hatte hier unter 4 Fällen 3 relative Heilerfolge.

Stintzing (München).

---

28. **Kormann** (Coburg), **Ueber die künstliche Ernährung der Säuglinge mit Kuhmilch und über den Zusatz von Paulke's Milchsalz.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVIII. Band. 1. Heft. 1882.)

Obgleich Verfasser bei der Ernährung der Säuglinge mit Kuhmilch, welche durch Trockenfütterung der Kühe gewonnen und mit Gersten- oder bei Durchfällen mit Haferschleim verdünnt wurde, durchschnittlich gute Resultate erzielt hat, so kamen doch öfters Fälle von Dyspepsie mit Ausscheidung von grünlichen oder bei längerm Contact mit der Luft grünlich sich färbenden Defäcationen zur Beobachtung, woraus hervorging, dass durch die Mischung von Milch und Gerstenschleim noch nicht das Beste erreicht war. Mit Freuden musste man es also begrüssen, als der Versuch gemacht wurde, durch Zusatz des Paulke'schen Milchsalzes das Kuhmilchcasein dem Casein der Frauenmilch ähnlicher und so leichter verdaulich zu machen.

Vf. hat in einer Reihe von Fällen bei Dyspepsie die Paulke'sche Milchsalzmilch mit Zusatz von Gerstenschleim angewandt und in zwei Fällen genaue Wägungen angestellt. Die Resultate waren durchaus befriedigend, das Körpergewicht nahm zu, die Dejectionen wurden besser, die Dyspepsie heilte. Verf. ist deshalb der Ansicht, dass Paulke's



Milchsalz für die künstliche Ernährung von Säuglingen mit guter, durch Gerstenschleim verdünnter Kuhmilch von entschiedener Bedeutung ist und allgemeine Anwendung verdient.

Kohts (Strassburg).

---

29. Desnos, **De quelques inconvénients ou accidents de l'alimentation forcée chez les phthisiques et des moyens de les conjurer.** Ueber einige unangenehme Zufälle bei der forcirten Ernährung der Phthisiker und die Mittel, sie zu verhüten. (L'Un. méd. Nr. 15.)

D. versuchte die künstliche Ernährung bei einem Phthisiker mit Cavernenbildung in beiden Lungenspitzen. Die Einführung der Sonde gelang leicht, kaum war aber das erste Quantum Milch in den Magen gelangt, als starkes Erbrechen und äusserst heftige Dyspnoe eintrat. Letztere hielt auch nach Entfernung der Sonde noch längere Zeit an; der Kranke hustete stark und enleerte dabei anfangs reine Milch. Es unterlag also keinem Zweifel, dass die durch den Brechact zwischen Oesophaguswandung und Sonde durchgepresste Milch in den Larynx und die Lungen gelangt war. Bei der Auscultation hörte man auf beiden Seiten stark gurgelnde Geräusche. Am nächsten Tag enthielten die Sputa noch immer kleine Beimengungen von Milch und waren zum Theil bräunlich gefärbt. Es entwickelte sich eine Pneumonie der beiden unteren Lappen rechts, welcher der Kranke nach 36 Stunden erlag. Nach D. ist dieselbe unzweifelhaft durch die eingedrungene Milch verursacht worden. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. drei ähnliche von Variot beobachtete, sowie einen vierten aus seiner eigenen Praxis. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Einführung von Nahrung durch die Sonde in den Magen kann heftiges Erbrechen und schmerzhafte Krämpfe des Magens und damit zuweilen Gefahren für das Leben herbeiführen.

2. Die Intoleranz des Magens gegen diese Art der Ernährung kann eine absolute sein, so dass man auf letztere verzichten muss.

3. In andern Fällen kann man die Intoleranz des Magens überwinden durch gewisse Vorsichtsmassregeln, besonders dadurch, dass man nur langsam und mit Unterbrechungen die Nährflüssigkeit einfliessen lässt oder dadurch, dass man jedesmal nur kleine Quantitäten einführt.

4. Es gibt Fälle, wo man die Zeit des Fieberabfalls abwarten muss, um die forcirte Ernährung auszuführen, weil sonst das Eingeführte gleich wieder erbrochen wird.

5. Die forcirte Ernährung mit Milch, welche in den meisten Fällen indicirt ist, führt zuweilen zu unstillbaren Diarrhöen, welche die Wahl einer andern Nährflüssigkeit nöthig machen.

Brockhaus (Godesberg).

---

30. **Archambault et Pousson, Étude sur l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie.** Studie über die Anwendung des Pilocarpins gegen Diphtheritis. (L'Un. méd. Nr. 20, 23 u. 25.)

Die Verfasser haben unter 26 Fällen von Diphtheritis, welche vom 13. October bis 24. November 1881 in ihre Behandlung kamen, 18mal Pilocarpinum citricum in Verbindung mit einem tonisirenden Regime (Alkohol, Milch, Peptonklystiere) angewendet und zwar ohne besondere Auswahl der Fälle. 17mal handelte es sich um primäre Diphtheritis, einmal trat dieselbe im Gefolge von Masern ein. Sie wandten das Pilocarpin subcutan und je nach Alter und individueller Empfänglichkeit in Dosen von 5—10 Milligramm 2—3mal pro Tag an. Von den 18 Kranken genasen drei, ein Kind starb an Erysipel der Tracheotomiewunde, am 9. Tage nach der Operation, am 11. nach der ersten Injection, ein anderes Kind wurde sterbend von den Eltern aus dem Hospital weggeholt. In den übrigen 13 Fällen trat der Tod 7mal am Tage der ersten Injection oder am darauffolgenden, 6mal vom 3.—11. Tage ein. Von den 8 nicht mit Pilocarpin behandelten Fällen genasen zwei. Die Tracheotomie wurde im Ganzen 9mal ausgeführt. Die Verfasser sind der Ansicht, dass das Pilocarpin bei Diphtheritis schädlich wirkt. Die stärkere Schleimabsonderung und die dadurch herbeigeführte Lockerung und Abstossung der diphtheritischen Membranen tritt, ebenso wie die Schweissabsonderung in ganz schweren Fällen überhaupt nicht ein, sei es, dass das Mittel nicht mehr resorbirt wird, sei es dass der salvatorische Apparat in einem so tief erkrankten Organismus nicht mehr im Stande ist, auf den Reiz des Mittels zu reagiren. In andern Fällen tritt die Lockerung der Membranen nur sehr unvollkommen ein. In der geringen Zahl von Fällen, in denen die Verf. starke Diaphorese und Secretion der Speichel- und Schleimdrüsen beobachten, machte sich auch die ermattende Wirkung der ersteren bemerkbar, und der massenhaft abgesonderte Schleim und Speichel führte, besonders bei kleinen Kindern, welche nicht gehörig zu expectoriren verstanden,. Verstärkung der Athembeschwerden und Erbrechen herbei. Die in einzelnen Fällen nach den Injectionen beobachtete Besserung in den localen Erscheinungen war immer von kurzer Dauer. Eine constante Einwirkung des Pilocarpins auf die Organe der Digestion, Circulation und Respiration sahen die Verfasser nicht; wurde die Injection gemacht, wenn kurz vorher Speisen eingeführt waren, oder geschah Letzteres bald nach der Injection, so trat oft Erbrechen ein. Die zuweilen beobachtete Erniedrigung der Temperatur in der Achselhöhle musste auf die durch den verdunstenden Schweiss gesetzte Abkühlung zurückgeführt werden, da die Temperatur im Rectum keinen Abfall zeigte. Direct schädlich wirkt das Pilocarpin auf das Nervensystem, indem es das Eintreten des Collapses begünstigt.

Brockhaus (Godesberg).



31. **Carl Virchow, Ueber die Einwirkung des benzoësauren und des salicylsauren Natrons auf den Eiweissumsatz im Körper.** (Zeitschrift f. physiol. Chemie VI., H. 1, S. 78—94.)

Die Einwirkung der beiden wichtigen Medicamente auf den Stoffwechsel ist bisher nur von Salkowski für die Benzoësäure, von S. Wolfsohn (Königsberger Dissertation 1876) für die Salicylsäure untersucht worden. — Ersterer fand, dass die gleichmässige Stickstoffausscheidung von Hunden im protrahirten Hungerzustande durch Benzoësäure, eine beträchtliche Steigerung erfährt. Letzterer erhielt durch Salicylsäure in 4 Versuchen eine Steigerung, in zweien eine Verminderung des Eiweisszerfalls während der Salicylsäure-Fütterung, aber eine Steigerung nach derselben.

Virchow's Versuche wurden an 2 gleichmässig mit Fleisch und Fett genährten und im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunden ausgeführt. Von Benzoësäure wurden 5 resp. 7 Gr., von Salicylsäure 5 Gr. pr. d. in Form der neutralen Natronsalze gereicht. — Beide Medicamente entfalteten toxische Wirkungen, die sich bei der Salicylsäure in Erbrechen und vollkommenem Verlust des Appetits, bei der Benzoësäure in der grösseren Gabe in Form von Hirnreizung manifestirten. Erhebliche Steigerung des Eiweisszerfalls wurde durch beide Mittel bewirkt. Die Benzoësäure liess nur wenig Hippursäure im Harn auftreten, so dass der Stickstoff des letzteren nur einen verschwindenden Bruchtheil der Stickstoffvermehrung im Harn ausmachte.

Zuntz.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 21. April. Nro. 3.

32. Weiss (Wien), Ein Fall von Aphasie mit Worttaubheit.
(Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 12. 1882.)

Ein 74-jähriger Mann kommt mit Aphasie, Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten und der respiratorischen Zweige des rechten Facialis zur Beobachtung.

Die Aphasie ist vollständig, Pat. hat ein einziges Wort „Ah" während seines mehrmonatlichen Spitalaufenthaltes ausgesprochen (bei einem Nadelstich) und versteht die an ihn gerichteten Fragen nicht, obgleich er Gehörswahrnehmungen besitzt. Ruft man z. B. den Kranken an, ohne dass er sehen kann, so dreht er den Kopf nach dem Orte hin, woher der Schall kam, reagirt aber sonst in keiner Weise auf die eventuell an ihn gerichteten Fragen. Reicht man ihm die Hand, so erfasst er dieselbe und drückt sie fest, wenn er durch Mienen dazu ermuntert wird. Pat. streckt die Zunge nur dann heraus, wenn man ihm dies nach vorausgegangener Aufforderung vorzeigt. Mit Ausnahme



der Störungen der Sprache und des Wortverständnisses zeigte der Kranke keine wesentliche Intelligenzstörung, indem er seine Umgebung stets erkannte und durch Handreichen begrüsste.

An den Extremitäten stellten sich allmählich Contracturen ein, Aphasie und Worttaubheit blieben unverändert bestehen bis zum exitus lethalis, der etwa 4 Monate nach dem Beginn der Erkrankung eintrat.

Die Section ergab: Zelleninfiltration im Bereiche des unteren Scheitelläppchens, der insula Reilii, der hinteren Hälfte der ersten Temporalwindung, der anschliessenden Parthie des Hinterhauptlappens in ungefähr 1 cm Ausdehnung, sowie in der oberen queren Schläfenwindung linkerseits aus Embolie der Art. fossae Sylvii; Zelleninfiltration im corpus striatum und Linsenkern, sowie im claustrum und der capsula externa der linken Seite. Im Rückenmark fand sich secundäre Degeneration im rechten Pyramidenseitenstrang.

Es steht dies Ergebniss der Section im Einklang mit den Befunden, welche von Wernicke, Kahler, Pick und Fritsch constatirt wurden.

Seifert (Würzburg).

---

33. Dr. Langenbuch, Ueber Erfolge und Misserfolge der Nervendehnungen bei der Tabes und ihr verwandten Krankheiten.

Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft. (Berliner klin. Wochenschr. 1882. Nr. 12 und 13.)

L. theilt seine in ca. 100 Fällen gewonnenen Erfahrungen über die Nervendehnung bei Rückenmarkskrankheiten mit. Der Werth des Resultates sei wie bei jeder Operationsmethode abhängig 1. vom Alter und Kräftezustand des Patienten, 2. von dem Charakter und Fortschrittsgrade seiner Erkrankung und deren Komplikationen, 3. von der zweckmässigen Ausführung der Operation und dem Gelingen einer schnellen Wundheilung, 4. von der Nachbehandlung.

Bezüglich des 1. Punktes geben decrepide Patienten von höherem Alter, fettleibige Individuen sowie Morphiophagen eine weniger günstige Prognose. Das Vorgeschrittensein der Krankheit ist noch keine strikte Kontraindikation für die Operation, „da wir nie wissen können, ob die restirenden Kerne untergegangener Nervenfasern nicht noch nach Hinwegräumung von Hindernissen (Resorptionen sequestraler Nervenmasse) zu der Wiedererzeugung einer neuen und leistungsfähigen Nervenfaser angereizt werden können.“

Was die Ausführung der Operation anlangt, so hat L., obwohl er nie bis zum „Emporheben vom Tisch“ gedehnt hat, bei stärkerer Dehnung einen Schwund der Muskeln beobachtet, den er von einem Insult der in der Nähe der Operationsstelle abgezweigten Muskelfasern ableitet. Seitdem Verf. deshalb den Ischiadicus statt am unteren Rande des Glutaeus in der Mitte des Oberschenkels dehnte, hat er die er-

wähnten Muskellähmungen „in einem auffälligen Grade unmittelbar nach dem Aufstehen nicht mehr erlebt". Ein weiterer Uebelstand ist der, dass nicht selten nach Monaten zu einem ziemlich typischen Zeitpunkt Schmerzen, namentlich an der Operationsstelle, wiederkehren und die Gehfähigkeit wieder abnimmt. L. sucht die Ursache hiefür in Veränderungen des Nerven an der Operationsstelle, und fand auch bei einer Sektion den Nerven eingebettet in schwieliges Narbengewebe.

Mit Rücksicht auf diese Thatsachen ertheilt Verf. Rathschläge bezüglich der Freilegung des Nerven und übergehend zu der Frage, wie und wie stark man ziehen solle, bespricht er zunächst den Effekt der Dehnung überhaupt. Am geöffneten Rückenmarks-Kanal beobachtet man schon bei mässig starkem Zuge eine schwache Bewegung des Saccus durae matris und bei jedem kräftigen Zuge eine leichte Wellenbewegung der Cerebrospinalflüssigkeit, aber keine Bewegung des Markes selbst. Die neuerdings empfohlene Methode der unblutigen Dehnung wird daher als ein „Rückfall vom Wirksameren in das Unwirksamere" bezeichnet. Der klinische Effekt der Dehnung ist ein einfacher: ein auf entfernte Provinzen des Centralorgans wirkender „dynamischer", der sich in Veränderungen des Pulses, der Respiration, in der wiederkehrenden Sensibilität etc. äussert, sodann „ein günstig umstimmender Einfluss auf die Ernährungsverhältnisse des erkrankten Gewebes". Die dynamischen Wirkungen sind nicht die Folge der Nervendehnung im Sinne einer Verlängerung des elastischen Stranges, sondern Reflexwirkungen, hervorgerufen durch einen Nervenreiz, der „auf lange hin durch den Haupteffekt der Nervendehnung, die weitreichende, Blutungen erzeugende Zerreissung seines Scheidengewebes gesetzt" wird. „Also in der vorübergehenden Separation eines grossen Nervenabschnittes von seiner gewohnten Ernährung und in der Anbahnung einer ganz neuen liegt das Wesentlichste der heilsamen Wirkung unserer Operation". Und in der Gefässerkrankung sieht Verf. einen wesentlichen Faktor für die Degeneration der pervers ernährten Nerven. Soweit ein Nervenstamm nur krank, nicht abgestorben war, kann er durch eine mit richtiger Intensität gehandhabte Dehnung wieder gesund gemacht werden, und der regenerirende Reiz kann durch Vermittelung vasomotorischer Fasern auch auf entlegenere erkrankte RM.-parthieen wirken.

Die Frage nach der Intensität, mit welcher gedehnt werden soll, ist L. nicht im Stande exakt zu beantworten, und er räth die Mittelstrasse innezuhalten zwischen der schwachen Dehnung Benedikt's, die nur dynamische Wirkungen ausübe, und zwischen den stärksten Dehnungen Billroth's, welche tödtliche Läsionen des Centralnervensystems bewirken könnten. Ferner empfiehlt er Austupfen der Wunde mit 4% Carbolsäure, Drainage während 36—48 Stunden und kunstgerechte Anlegung eines antiseptischen Verbandes. „Es versteht sich hiernach von selbst, und das macht die durchgängig schlechten Resultate mancher Operateure erklären, dass jede in gleicher Weise fehlerhaft unternommene Operation auch stets dasselbe schlechte Resultat liefern wird".

Zur Nachbehandlung empfiehlt L. mässige methodische Steh-



und Gehübungen, Massage der Beine, namentlich der Wundengegend, Electrizität, warme Bäder und unter Umständen innere Medikamente wie Jod, Eisen etc.

Die Indikationen für die Dehnung des N. cruralis, von der mutat. mutand. dasselbe gilt wie von der des Ischiadicus, sind noch nicht genau zu präcisiren; im Wesentlichen sind es Erfolglosigkeit der Ischiad.-Dehnung, lancinirende Schmerzen im Cruralisgebiet, abnorme Sensationen und Innervationen des Unterleibes und der Vesicogenitalgegend. Der Hautschnitt bei der Cruralis-Dehnung soll nur auf den Unterleib placirt werden, da die Oberschenkelhaut zu sehr zum Klaffen neigt.

Von den unmittelbaren schädlichen Nachwirkungen wird die bei der Dehnung des Cruralis für mehrere Tage auftretende Blasenlähmung erwähnt. Dieselbe sei nicht nervöser Natur, sondern durch Bluterguss in das perivesicale Zellgewebe bedingt. Eine Cystitis (Kulenkampff) hat L. bei seinen ca. 100 Operationen nie beobachtet.

Gegenüber der neuerdings oft besprochenen psychischen Wirkung der Operation, die den Kranken zu einer allzu sanguinischen Beurtheilung des Gewonnenen hinreisse, macht Verf. darauf aufmerksam, dass sie zuweilen von einer späteren Depression gefolgt sei, in welcher die Kranken die Resultate unterschätzen.

Die Besserungen betreffen nicht immer alle Symptome gleichmässig. Manche Patienten müssen sich vielmehr mit der Besserung des einen oder andern Symptomes begnügen.

Die überwiegenden Misserfolge haben ihren Grund in der mangelhaften Auswahl der Fälle und in den mangelhaften Operationsmethoden. Man muss festzustellen suchen, welche Fälle sich zur Operation eignen, welche nicht, ob man beim gegebenen Symptomenkomplex stark oder schwach, ob die Ischiadici oder crurales dehnen soll. „Die Nervendehnung als Kampfesmittel gegen gewisse Rückenmarkskrankheiten hat doch schon zu Viel und zu Unerwartetes geleistet, als dass sie überhaupt je wieder von der Tagesordnung abzubringen wäre“.

Stintzing (München).

34. **M. Bernhardt, Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis.** (Zeitschrift f. klin. Medicin IV. p. 415.)

B. theilt zwei Fälle jener eigenthümlichen Lähmungslocalisation im Bereiche des Plexus brachialis mit, auf welche Erb 1874 zuerst aufmerksam gemacht hat und deren Ursache er in einer Erkrankung des 5. und 6. Cervicalnerven sucht. Die Lähmungen erstreckten sich auf die motorischen Bahnen der N. N. axillaris, musculo-cutaneus, die Zweige des Radialis für M. supinator longus und brevis und einige

Zweige des Medianus, während die sensibelen Bahnen und das ganze Gebiet des N. ulnaris frei bleiben und zeigen eine auffallende Analogie mit den von Duchenne als Entbindungslähmungen beschriebenen Paralysen bei Kindern. — Eine Anzahl (9) weiterer von andern Autoren veröffentlichter Beobachtungen zeigten ein ähnliches Verhalten, nur dass die bei den Duchenne'schen Paralysen fast ausnahmslos bestehende Lähmung des M. infraspinatus in den analogen Fällen von Lähmung Erwachsener vermisst wurden.

Die beiden von B. beobachteten Fälle boten die von Erb und den Uebrigen mitgetheilten analogen Erscheinungen dar: Lähmung des M. deltoides, biceps und brachialis internus, ferner des M. supinator, longus und brevis mit einfacher Herabsetzung, bezw. fast vollständigem Erloschensein der electrischen Erregbarkeit für beide Stromarten, von dem von Erb angegebenen Punkte aus (entsprechend der Austrittstelle des 5. und 6. Cervicalnerven zwischen den Scalenis), jedoch ohne Entartungsreaction; dabei bestand Taubheitsgefühl in dem Verbreitungsbezirk der betroffenen Nerven und was von grosser Wichtigkeit, deutlich nachweisbare Lähmung des M. infraspinatus, weniger ausgesprochen des M. supraspinatus, wie in den Duchenne'schen Fällen. — Beiden Fällen lag eine traumatische Ursache zu Grunde.

Eine Vergleichung der Verbreitung der Lähmung auf die einzelnen Verzweigungen der oben genannten Nervengebiete mit den experimentellen Untersuchungen Ferrier's und Yeo's legte die Wahrscheinlichkeit nahe, dass es sich dabei blos um Erkrankung im Gebiet des 5. Cervicalnerven handle, während bei Reizung des 6. Cervicalnerven Bewegungen ausgelöst wurden, die nicht mit denen von dem Erb'schen Punkte aus erzeugten übereinstimmten.

Betreffs der Aetiologie der in Rede stehenden Affection spielt sicherlich die relativ oberflächliche Lage der geschädigten Nerven eine grosse Rolle, welche Erkältung und Trauma eine leichtere Einwirkung gestatten.

Verf. führt sodann noch einen von ihm beobachteten und einige von anderen Autoren mitgetheilte Fälle von eigentlicher Entbindungslähmung im Sinne Duchenne's an und kommt zum Schluss noch auf die von Remak betonte Aehnlickeit zu sprechen, welche in einzelnen Fällen von Bleilähmung und anderen Paralysen spinalen Ursprungs die Localisation der Lähmung mit den zuerst von Erb beschriebenen Plexuslähmungen darbieten.

Engesser (Freiburg i. B.)

---

35. **Steinfinkel** (Odessa), **Erstickung eines Kindes durch Fremdkörper in den Bronchien.** (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. III, Heft V. u. VI.)

Ein 2jähriges Kind erkrankte plötzlich 2 Stunden nach Einnahme der letzten Mahlzeit unter den Erscheinungen der Stenose der Luft-



wege. Die Stimme war vollständig rein, es bestand kein Husten, kein Fieber, mithin konnte die Diagnose Croup ausgeschlossen werden, besonders da auch Inspection des Pharynx nichts Positives ergab. Die Stenose musste also tiefer sitzen. Die Annahme einer organischen Stenose, ebenso die Compression der Luftwege von aussen konnte ausgeschlossen werden. Man sah sich desshalb zur Annahme eines Fremdkörpers gezwungen, welche noch dadurch gestützt wurde, dass das Kind vorher ein Stück Kuchen mit gebrannten Mandeln gegessen hatte. Es lag nahe, dass Mandelpartikelchen in den Larynx aspirirt waren, wegen ihrer Kleinheit und platten Oberfläche die Trachea passirt und in den Bronchien sich eingekeilt hatten, das für Fremdkörper in der Trachea charakteristische Reibungsgeräusch fehlte; ausserdem ergab die Untersuchung der Lungen keine Differenz zwischen beiden Seiten. Hieraus wurde der Schluss gezogen, dass die Fremdkörper nicht in der Trachea geblieben, sondern weiter in die Bronchien gefallen seien und zwar in beide. Die Behandlung bestand in Anwendung der Emetica und in Schwenken des Kindes bei herabhängendem Kopfe; beide ohne Erfolg. Das Kind starb am zweiten Tage. Die Section ergab: Larynx, Trachea frei. Im linken Bronchus an einer Theilungsstellung lag ein Stück Mandel, im rechten zwei kleinere Stücke. — Verfasser bespricht noch die Diagnose des Sitzes des Fremdkörpers und Möglichkeit einer ev. Heilung durch Tracheotomie, welche in dem vorliegenden Falle natürlich ohne Erfolg geblieben wäre.

Kohts (Strassburg).

36. **Kandaracki, Ueber die Innervation der Athmungswege, über Husten und Einiges über den Einfluss des Chloroforms auf die Athmung.** (Gazeta lekarska, 1881. Nr. 10. polnisch.)

Nach Verf. ist der obere Theil der Luftröhre bei Hunden und Katzen von einem Aste (ramus trachealis) des nerv. laryngeus sup. versehen, während sich im unteren Theile der Trachea und den Lungen die Vagi ausbreiten. Dem entsprechend fand Verfasser, dass Durchschneidung der Vagi die Percipibilität des unteren Luftröhrentheils und der Bronchi aufhebt, während Durchschneidung des ramus trachealis auf den unteren Theil der Trachea, die der nervi laryngei super. auf den Larynx und den oberen Luftröhrentheil bei Katzen und Hunden denselben Einfluss hat. Der durch Reizung des Larynx hervorgerufene Husten ist verschieden von dem, der durch Reizung der Luftröhre und der Bronchien entsteht. Der letztere stellt sich sofort ein und dauert so lange, wie die Reizung, dagegen bewirkt die Berührung der Larynxschleimhaut zuerst Hemmung der Athmung mit begleitenden Schlingbewegungen und erst nach dem Aufhören der Reizung tritt einmaliger oder wiederholter Husten ein. — Mechanische und electrische Reizung der Centralenden der Nerven rief Seitens des Vagus und



ramus trachealis sofort — Seitens des laryngeus super. erst nach vorausgegangener Behinderung oder Hemmung der Athmung und erst beim Nachlass der Reizung Husten hervor. Nach Durchschneidung des laryng. super. entstand bei Reizung des ramus trach. kein Husten. — Dass andere Beobachter hiebei zu negativen Resultaten gelangt sind, will Verf. dadurch erklären, dass sie durch Narkotisiren der Versuchsthiere die Percipibilität der Hustencentren aufgehoben hatten.

Die vom Verf. erhaltenen Resultate Betreffs des Einflusses von Chloroform auf die Athmung stimmen mit denen von Holmgren und Koch überein.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

37. **Dr. Ottomar Rosenbach** (Breslau), **Ueber Innervationsstörungen im Gebiete des centralen Herzvagus.** 1. Herzarhythmie bei Rückenlage. 2. Ein Fall von vorübergehender Lähmung des centralen Vagus. (Deutsche Med. Wochenschr. 1882, Nr. 12.)

Im Anschluss an frühere Mittheilungen berichtet R. weiter unten über einen Fall von wahrscheinlich central bedingter Herzarhythmie mit eigenthümlichem aetiologischem Moment, sodann über einen Fall von centraler Vaguslähmung, bei welchem die künstliche Athmung lebensrettend wirkte. Schon vor 3 Jahren hat Verf. auf eine sich an Indigestionen anschliessende Herzarhythmie und Intermittenz des Pulses hingewiesen, als deren Grundlage er eine reflektorisch von den sensiblen Magennerven ausgehende Vagusneurose annahm. Diese Mittheilung ist von mehreren Autoren, obwohl sie zu gleichen Resultaten gelangten, ignorirt worden. Es gibt 3 Kategorien von Vagusneurosen: 1) central bedingte, 2) peripher durch Einwirkung auf den Stamm (durch Geschwülste, Struma etc.) und 3) reflektorisch von centripetalen Fasern des Nerven selbst oder von anderen sensiblen Bezirken ausgelöste (z. B. Reflexneurosen von der Magenschleimhaut). In die erste Kategorie gehört der bei Cirkulationsstörungen im Gebiet des Vagusursprungs auftretende Symptomenkomplex, wie in den beiden folgenden Fällen.

1. Ein 55jähr. Arbeiter, der ausser den gewöhnlichen Altersveränderungen der Arteriosklerose nichts wesentlich Abnormes darbietet, leidet seit einigen Wochen beim Niederlegen an eigenthümlichen Anfällen von Praecordialangst mit Erkalten der Hände. Durch wiederholte Untersuchungen wurde konstatirt, dass regelmässig in der Rückenlage Beängstigung und exquisite Arhythmie und häufige Intermittenz des Pulses auftrat, während beim Aufrichten diese Erscheinungen fast plötzlich verschwanden und die Pulsfrequenz von 60—64 auf 72—76 stieg. Unter tonisch-roborirender Behandlung verloren sich diese Anfälle nach einigen Wochen.



Zur Erklärung des zweifellosen kausalen Zusammenhanges zwischen Herzarhythmie und Rückenlage rekurrirt R. auf den in dieser Position erschwerten Blutabfluss aus der Schädelhöhle. In Folge der dadurch bewirkten relativen Verarmung des Blutes an O werde der Vagustonus und der Tonus des vasomotorischen Centrums gesteigert und es resultire daraus Verlangsamung des Herzschlages mit oder ohne Arhythmie, sowie Zunahme der Spannung im Körperarteriensystem, welch' letztere sich im vorliegenden Falle in einen Krampf der Hautarterien (Erblassen und Erkalten der Haut etc.) äusserte. Dass die Schwankungen in der abfliessenden Blutmenge bei Lageveränderungen ziemlich beträchtlich sein müssen, geht auch aus der Verstärkung des Venengeräusches hervor, welches die Jugularis erfährt bei Vertauschung der Rückenlage mit aufrechter Haltung. Desgleichen kann das bekannte Gesetz, dass im Stehen der Puls schneller ist als im Liegen, nach R.'s Meinung nur mit diesen Strömungsverhältnissen und dem davon abhängigen Vagustonus in Beziehung gebracht werden. Um die Phänomene in solcher Prägnanz wie in dem beschriebenen Falle hervortreten zu lassen, sind freilich noch begünstigende Momente erforderlich, und ein solches lag hier in der Arteriosklerose vor, die sich zur Wirkung der Lageveränderung summirte. „Mit dem Fortschreiten der Ausgleichung der Störungen durch Collaterale oder stärkere Arbeit der Gefässmuskeln, mit Eintritt der Akkommodation des Gehirns oder der lokalen leidenden Gehirnpartie an die veränderten Ernährungsbedingungen, nahm der Effekt der Rückenlage auf die Entstehung des Phänomens mehr und mehr ab, bis endlich völlige Kompensation eintrat."

2. Ein 31jähr. Phthisiker hatte 2 Tage an zunehmendem Schwindel, Kopfschmerzen und engen Pupillen gelitten und begann plötzlich Nachts zu röcheln, verlor das Bewusstsein, zeigte extreme Blässe und Cyanose der Haut, reagirte nicht mehr auf sensible Reize etc. Die hochgradige stertoröse Inspiration erfolgte ein- höchstens zweimal in der Minute und war von langem Exspirium gefolgt. Da der Puls, wenngleich sehr beschleunigt, doch leidlich voll und regelmässig war, wurde die künstliche Athmung abwechselnd mit Kompression des Thorax und mit Phrenicusreizung eingeleitet. Dieselbe musste ununterbrochen durch $1^1/_2$ Stunde unterhalten werden. Dann erst setzte die Athmung spontan ein mit Cheyne-Stokes'schem Phänomen. Bei Einwirkung eines starken Stromes auf die Vagi sank die Pulsfrequenz von 156 auf 100, der Puls war dikrot und zeigte eine deutliche Spannungsabnahme. Mit der Athmung kehrte auch das Bewusstsein und die Reflexerregbarkeit wieder. Am nächsten Tage war der Pat. völlig wohl, starb jedoch nach ca. 4 Wochen an einer tuberkulösen Meningitis.

Es handelt sich hier offenbar um eine gleichzeitige Lähmung des Athmungs- und des Vaguscentrums im verlängerten Mark. Der hemmende Einfluss des Vaguscentrums musste ganz in Wegfall gekommen sein; denn später bei dem Wiedereintritt der regelmässigen Athmung, durch welche der starke Reiz für das Vaguscentrum erloschen war, stieg die Pulsfrequenz noch weiter an, wie bei Vaguslähmung. Im Laufe des nächsten Tages stellte sich der Vagustonus wieder her und sank die Pulsfrequenz somit auf die Norm. Von Interesse ist auch der in diesem Falle konstatirte Einfluss der elektrischen Vagusreizung



am Menschen; Pulsfrequenz und Arteriendruck nahmen durch dieselbe ab. — Die Ursache aller Erscheinungen ist wahrscheinlich in Ernährungsstörungen des Gehirns zu suchen, die mit dem Ausbruch einer Meningit. tubercul. einhergingen. Die lebensrettende Wirkung der künstlichen Athmung in diesem Falle muss von Neuem dazu ermuntern, in allen Fällen von Herabsetzung der Erregbarkeit oder von grosser Erschöpfbarkeit der Athmungscentren die künstliche Respiration einzuleiten.

Stintzing (München).

---

38. **E. Fränkel, I. Ueber einen tödtlich verlaufenden Fall idiopathischer subacuter Pankreasentzündung.** (Zeitschrift f. kl. Med. 1882, IV. p. 277.)

Ein 58jähriger Herr erkrankte am 12. April 1879 unter den Erscheinungen von Verdauungsstörungen: Gefühl von Völle im Unterleib, Blähungen und Ructus, Schmerzhaftigkeit der Magengegend war weder spontan noch auf Druck nachweisbar. — Patient erholte sich rasch, erkrankte aber unter ähnlichen Erscheinungen auf's Neue am 11. Juli desselben Jahres. Bei diesem Anfall war aber die ganze Magengegend beim Palpiren schmerzhaft; die Stuhlentleerungen waren schwarz, theerartig, wie nach Blutungen aus dem Magen oder obern Dünndarm. Bei Bettruhe, geeigneter Diät, Eispillen und Eisblase auf die Magengegend trat Besserung ein.

Aehnliche Anfälle traten in der Folge noch mehrfach, besonders nach Diätfehlern auf und verliefen unter den gleichen Erscheinungen.

Am 24. April 1881 erkrankte Pat. nach längerem Wohlbefinden abermals, anscheinend in Folge eines Diätfehlers: Erbrechen und sehr heftige Leibschmerzen, Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes stellten sich ein; letztere besonders in der Gegend der beiden Hypochondrien localisirt — unter leichter Fieberbewegung entwickelte sich ein stets zunehmender Meteorismus und die Zeichen einer Peritonitis. — Am 4. Mai trat nach vorangegangenem Delirium Collaps und bald darauf der Exitus lethalis ein.

Bei der Section erwies sich das Peritoneum frei von Entzündungsproducten; das Netz sehr fettreich, Milz und Leber vollständig normal, dagegen zeigte das Pankreas mehrfache krankhafte Veränderungen.

1) Das ganze Organ ist beträchtlich geschwollen und von zahlreichen stecknadelkopf- bis hanfkorngrossen, weisslich gelben, prominenten Geweben durchsetzt, die beim Abschneiden einen dickbreiigen Inhalt entleeren, worauf glatte Wände zum Vorschein kommen — eine Gruppe erscheint missfarben, grau gangränös, an dieser Stelle das Peritoneum unregelmässig durchlöchert — der Kopf des Pankreas ist am wenigsten ergriffen.



2) Eine diffuse Entwicklung von Fettgewebe um das Drüsenparenchym herum, am geringsten ebenfalls im Caput, auch sonst nicht überall mit gleicher Intensität auftretend.

3) Schmälere und breitere fibröse Züge, welche auf Durchschnitten unter dem Niveau der Umgebung liegend, die einzelnen Läppchen theils circulär umspinnen, theils zwischen denselben als bandartige Streifen vorbeigehen.

Die mikroscopische Untersuchung der sub 1 genannten Herde, lässt deren Inhalt als Fettkörnchenkugeln, Kern- und Zelltrümmer erkennen, ohne irgend welche wohlerhaltene Formen morphologischer Elemente. Die Herde zeigen sich von Hohlräumen durchsetzt, die z. Th. eigene Wandungen haben und wohl als die normalen Drüsenalveolen aufzufassen sind, während andere alveolenartige Hohlräume dazwischen liegen, die einer eigenen Wandung entbehren, als pathologisch betrachtet werden müssen. Die mikroscopische Untersuchung der sub 2 und 3 genannten Erscheinungen bestätigt den makroscopischen Befund; an mehreren Stellen ist es zum Schwund des Drüsenparenchyms gekommen und ist dasselbe durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt.

Den Entstehungsmodus der das Pankreas diffus durchsetzenden und das Wesentliche der Erkrankung dieses Organs darstellenden grau gelblichen Herde erklärt F. dahin, dass die in diesen Herden sich findenden alveolenartigen, mit eingedicktem Inhalt gefüllten Hohlräume aus den die Drüsen normaler Weise zusammensetzenden Acinis hervorgegangen und durch eine Verschmelzung benachbarter Acini zu einer solchen Grösse gelangt seien, um als makroscopisch sichtbare Herde imponiren zu können und stützt diese Erklärung auf das Auftreten solcher Hohlräume inmitten sonst gesunden Parenchyms, das keine Zeichen reactiver Entzündung erkennen lässt oder sonstige Veränderungen darbietet, die auf ein Entstehen der Hohlräume aus Schmelzung interstitiellen Gewebes hätten schliessen lassen.

Es ist danach die Frage, ob es sich im vorliegenden Falle um eine primäre Erkrankung des interstitiellen Gewebes oder des eigentlichen Drüsenparenchyms handelt, in letzterem Sinne zu beantworten, während die Hyperplasie des interacinösen Bindegewebes mit grösster Wahrscheinlichkeit sich erst secundär an die über die ganze Drüse verbreitete parenchymatöse Affection angeschlossen hat.

Das ganze klinische Bild war der Art gestaltet, dass intra vitam die Diagnose auf ein perforirendes Duodenalgeschwür mit consecutiver Betheiligung des Peritoneums gestellt wurde, während die Section betreffs des Darmtractus ein vollständig negatives Resultat ergab. F. ist geneigt, den ganzen Symptomencomplex aus der durch die Erkrankung des Pankreas bedingten Störung der Verdauung zu erklären; und betont, dass gerade die Latenz der klinischen Erscheinungen oder die Unbestimmtheit ihres Charakters bei Pankreaserkrankungen ein Privilegium der in Rede stehenden Affection zu sein scheint; — gerade diese Bedeutung des klinischen Verlaufes drücke auch dem Process einen so perniciösen Charakter auf, so dass bei dem geringsten Anlass, der einen etwas erhöhten Grad von Resistenzfähigkeit der Verdauungsorgane voraussetzt, die schlummernden Symptome mit erneuter Heftig-

keit aufleben oder, wie im vorliegenden Falle, den letalen Ausgang im Gefolge haben.

Die Schmerzhaftigkeit des Abdomen und der sehr hochgradige Meteorismus muss auf die freilich geringe, die nächste Umgebnng des Pankreas umfassende fibrinöse Peritonitis bezogen werden. — Die bereits 2 Jahre vor dem Tode auftretenden Darmblutungen könnten als parenchymatöse Blutungen in das Gewebe der entzündeten Drüse aufgefasst werden, wobei das ergossene Blut sich durch den Ductus Wirsungianus in den Darm entleerte; dabei ist nicht ausgeschlossen, dass die früher (vor 2 Jahren) auftretenden Darmblutungen auch von der Darmschleimhaut des Duodenum stammen könnten und nach so langer Zeit ein mikroscopischer Nachweis nicht mehr möglich war.

II. Ueber einen Fall von Mycosis tonsillaris et lingualis benigna.

Ein in Mitte der 30er stehender Pastor unterzog sich wegen Heiserkeit einer laryngoscopischen Untersuchung; bei dieser Gelegenheit wurden eigenthümliche weisse Flecke auf der rechten Tonsille beobachtet, über deren Natur der consultirte Arzt kein sicheres Urtheil sich bilden konnte und nur so viel glaubte annehmen zu müssen, dass dieselben nicht als diphtheritischer Belag aufzufassen seien. F., dem der Pat. überwiesen wurde, constatirte auf der freien Fläche der rechten Mandel eine Reihe discreter, gegen die Umgebung scharf abgesetzter, kaum stecknadelkopfgrosser, grauweisser Fleckchen, deren eines flach ulcerirt zackige Ränder erkennen liess. Das zwischen den Herden gelegene Gewebe zeigte normale Färbung, keine Spuren einer reactiven Entzündung — die Nachbarschaft der Tonsillen vollständig frei von Herden. — Subjectiv machten sich keinerlei Beschwerden seitens dieser Mandelfleckchen geltend; ähnlich waren die Balgdrüsen an der rechten Seite der Zungenwurzel grauweiss gefärbt und geschwollen. Die Diagnose war, da es sich nach dem ganzen bisherigen mehrwöchentlichen Verlaufe und dem objectiven Befunde ohne jede subjective Beschwerden weder um Angina follicularis noch diphtheritica handeln konnte, anfangs unklar. Ein Versuch, mittelst des scharfen Löffels Partikelchen dieser Herde abzuheben, bei welcher Gelegenheit constatirt wurde, dass die Herde mehrere Millimeter tief in das Gewebe eindringen, erleichterte mit Zuhilfenahme des Mikroscops die Diagnose. (Die Details der Untersuchung, sowie die Tafeln sind im Original nachzusehen.)

Der grösste Theil der Massen bestand aus zwei morphologisch verschiedenen Elementen: 1) rundlichen Körnern, 2) stab- resp. fadenförmigen Gebilden, welche beide wohl als verschiedenen Entwicklungsstadien angehörende Formen eines Mikroorganismus aufgefasst werden können. Der Botaniker Prof. Sadebeck hat betreffs der



botanischen Stellung dieses Mikrophyten denselben für einen Bacillus erklärt, für den er die Bezeichnung Bacillus fasciculatus, mit Rücksicht auf das zu Büscheln vereinigte biologische Verhalten, vorschlägt. Die rundlichen Körner hielt er z. Th. für die Sporen dieses Pilzes, z. Th. für Mikrococcen. Betreffs des weitern klinischen Verlaufs wird hervorgehoben, dass das Bepinseln mit 5 % essigsaurer Thonerde, sowie mit 5 % Carbollösung erfolglos war; dagegen war eine galvanocaustische Zerstörung der einzelnen Herde von grosser und nachhaltiger Wirkung.

Bezüglich der differentiell diagnostischen Unterscheidung komme hier wohl ausschliesslich nur die Angina follicularis und diphtheritica in Betracht, welche beide von hochgradigen Störungen des Allgemeinbefindens durch Fieberbewegungen begleitet sind, welche in diesem vorliegenden sowie in einigen wenigen andern beobachteten ähnlichen Fällen leicht vorhanden waren. — Als pathognomonisches Zeichen für die Diagnose einer Pilzerkrankung der Rachengebilde mag die enorme Hartnäckigkeit in dem Bestehen und das rasche Sichwiederbilden der künstlich entfernten Herde aufgefasst werden.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

39. **Sysak, Ein Fall von acut verlaufendem bulbösem Exanthem bei einem Kranken mit frischer Syphilis.** (Przeglad lekarski, 1882. Nr. 8. polnisch.)

Ein 22jähr. Mann mit ulcus induratum in frenulo praeputii und bedeutender Schwellung der Leistendrüsen wurde nach 8 Tage fortgesetzten Sublimatinjectionen als geheilt entlassen. Nach einer Woche meldete sich der Patient wieder mit der Angabe, dass er vor 3 Tagen ein Gefühl von Brennen der Haut verspürt habe, dem sich bald Schlingbeschwerden, Augenschmerzen u. dgl. beigesellt haben. Verf. fand folgenden Status: Augenlider geschwollen, Conjunctivae geröthet, Lippen rissig und leicht blutend. Die Schleimhaut der Wangen zeigt weissliche Flecken und zerstreute rothe Punkte, der weiche Gaumen und die Tonsillen gleichfalls geröthet und mit kleinen Blutextravasaten bedeckt. Die an Rumpf, Thorax und Extremitäten gleichförmig roth, unter Fingerdruck momentan erblassend; dabei hier und da dunklere, schmutzig-rothe Flecken. An den Dorsalflächen der Hände und den Vorderarmen über die Haut sich erhebende, kupferrothe, Stecknadelkopf- bis Linsengrosse, hier und da concentrisch geordnete oder auch in einander übergehende Knötchen, welche auch unter Fingerdruck erblassen. An der Rumpfhaut wenige zerstreute Stecknadelkopfgrosse Bläschen, die an einigen Stellen zusammengedrängt Erhabenheiten von der Grösse eines Pfennigstücks bilden. Auf der Vorderseite der Unter-



schenkel zwei Erbsengrosse Blasen mit hellem serösem Inhalt und einige Excoriationen. An Stelle des zugeheilt gewesenen Schankers ein neues graubelegtes Geschwür. Temp. 39.0. Die innere Untersuchung ergibt nichts Abnormes. — In der Ueberzeugung, ein Syphilisrecidiv vor sich zu haben, machte Verf. eine Einspritzung von Sublimat und verordnete Kali chloricum zum Gurgeln. Tags darauf fand Verf. fast auf der ganzen Haut sehr zahlreiche, bis Hühnereigrosse Blasen mit rein serösem Inhalt; die meisten derselben bedeckten die Vorderseite des Thorax, die Innenseiten der Oberschenkel und Hinterbacken, weniger zahlreich waren sie an Bauch und Rücken, am wenigsten am Gesicht und den Vorderarmen. Der Inhalt der Blasen stellt eine hellgelbe seröse Flüssigkeit dar, die mit Salpetersäure gerinnt. Die freien Hautparthien sind roth, wie verbrüht, die sie bedeckende Epidermis runzlig, leicht abziehbar. Temp. 38.5. Neue Sublimatinjection. In den nächsten Tagen wurden die Blasen noch zahlreicher, in einigen wurde der Inhalt trübe, eitrig, auch jauchig. Sublimatinjectionen mussten abgestellt werden, dafür verordnete Verf. Jodkali und nasskalte Einwicklungen. Während der nächsten Wochen platzten die Blasen, die Epidermis fiel in grossen Fetzen ab, so dass der grösste Theil der Haut eine freie blutende Fläche darstellte, die dann allmählich zu heilen anfing. Patient machte noch unmittelbar darauf einen Abdominaltyphus durch und wurde geheilt entlassen. Nach weiteren 6 Monaten zeigte Pat. mit Ausnahme breiter Condylome am Anus und deutlicher Pigmentirung der früher von Blasen eingenommenen Hautparthien, nichts Auffallendes.

Die Diagnose lässt Verf. unentschieden. Gegen Pemphigus vulgaris spricht der acute, fieberhafte Verlauf und das Fehlen des Recidivs; gegen Pemph. foliaceus der günstige Verlauf, gegen den von Einigen beschriebenen Pemph. acutus seu febrilis das vorgerückte Alter des Patienten; nur Köbner gibt an, diese Form auch bei einem Erwachsenen beobachtet zu haben. Mit dem Pemph. syphiliticus stimmt der Fall in vieler Hinsicht auch nicht. Dasselbe gilt nach Verfasser auch gegenüber dem Erythema exsudativum multiforme und Herpes circinnatus. Gegenüber der von anderer Seite ausgesprochenen Ansicht, dass es sich hier um ein durch Sublimatinjectionen hervorgerufenes Erythema bulbosum medicamentosum gehandelt haben mochte, hebt Verf. hervor, dass Patient während des ersten Spitalaufenthaltes ungestraft mit Sublimatinjectionen behandelt wurde und sich dann mit schon bestehenden Blasen zum zweiten Male vorgestellt hat.

Verf. ist geneigt, das Exanthem für ein syphilitisches zu halten, wofür vielleicht der Curerfolg auch sprechen dürfte.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).



40. **Secretan, A propos d'un cas de pemphigus aigu vrai.** Ueber einen Fall von wahrem acutem Pemphigus. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 3.)

Ein 6 jähr. Mädchen von scrophulösem Habitus, das seit 3 Wochen an einem impetiginösen Ausschlag auf dem behaarten Theile der Kopfhaut litt, erkrankte unter Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Fieber und hochgradiger allgemeiner Abgeschlagenheit. Am 6. Tage entwickelten sich an verschiedenen Stellen des Körpers, besonders aber an den Extremitäten Blasen mit citronengelbem Inhalt. Dieselben sind verschieden gross (linsen- bis hühnereigross), die grössten finden sich an der inneren Oberfläche der Oberschenkel. Einige confluiren; die meisten sind von einem gerötheten, aber nicht infiltrirten Hofe umgeben, andere nicht. Die zwischenliegende Haut ist ganz gesund. Der Inhalt der meisten Blasen ist transparent, in einigen trübe, eiterähnlich. Am Vorderarm finden sich erythematöse Stellen, an welchen im Laufe der folgenden Tage neue Blasen aufschiessen. Starkes Jucken und Brennen der Haut. Puls klein, 120 Schläge in der Minute. Temperatur 39,0 °. Die Behandlung bestand in der Anwendung lauer Bäder von 30 ° C. mit Zusatz von Borax und der Darreichung von Excitantien. Die Blasen platzen nach und nach und trocknen zu gelben Krusten ein, nach deren Abfallen rothe Flecken zurückbleiben, die sich allmählig verlieren. Keine Narben. Die Abheilung ist in etwa 14 Tagen vollendet. Die impetiginös befallenen Stellen der Haut bleiben von der Blaseneruption verschont. Der Fall bleibt isolirt trotz der Gegenwart anderer Kinder in der Familie.

Die Ansichten über das Vorkommen eines wahren acuten Pemphigus sind getheilt; Hebra, Kaposi und verschiedene englische Autoren haben nie einen einschlägigen Fall gesehen und zweifeln daher an der Existenz dieser Affection, während Köbner u. A. an derselben festhalten. Nach Letzterem verläuft dieselbe, wie auch in vorliegendem Falle, unter dem Bilde einer acuten Infectionskrankheit. Streng zu trennen vom acuten Pemphigus der Erwachsenen ist nach S. der Pemphigus der Neugeborenen, der contagiös ist und weder Fieber noch schwere Allgemeinerscheinungen erzeugt. S. stellt 18 Fälle von acutem Pemphigus der Erwachsenen, von denen 8 letal endigten, aus der Litteratur zusammen. Die Mortalität stieg mit dem zunehmenden Alter der Erkrankten. Der rasche und günstige Verlauf der Erkrankung im vorliegenden Falle ist nach S. dem jugendlichen Alter der Patientin, der geringen Ausbreitung der Eruption ($^1/_8$—$^1/_{10}$ der Körperoberfläche) und der Anwendung der protrahirten Bäder, die ja auch bei chronischem Pemphigus Vorzügliches leisten, zu verdanken.

Schliesslich erwähnt Verfasser die Beobachtung von Gibier de Savigny, der in dem hellen Blaseninhalt bei acutem Pemphigus einen rosenkranzförmigen Parasiten, zusammengesetzt aus Gliedern von 2 μ Breite, entdeckte. Derselbe fand sich nicht mehr, wenn der Blaseninhalt eitrig geworden war. Im Blute war derselbe nicht nachzuweisen, wohl aber im frischen Urin; er liess sich züchten. Ob im vorliegenden Falle einige, des Impetigo wegen genommene heisse Schwefel-

bäder oder die gerade herrschende aussergewöhnlich grosse Hitze auf die Entwicklung des Pemphigus von Einfluss gewesen sind, lässt Verf. unentschieden.

Brockhaus (Godesberg).

---

41. **Sandberg** (Würzburg), **Beitrag zur Frage über das Wesen des Pemphigus chronicus.** (Aerztliches Intelligenzblatt Nr. 9 und 10.)

Verfasser beschreibt einen auf der Abtheilung von Kinecker's beobachteten Fall von Pemphigus foliaceus (42-jähriger Schuhmacher), bei dem die Erkrankung schon vor 3 Jahren begonnen hatte, mit einem Blasenausschlag an den Unterschenkeln, der sich bald über den ganzen Körper ausbreitete. Pat. kam in sehr elendem Zustande in's Spital, der ganze Körper war mit den charakteristischen zackigen Epidermisfetzen des P. fol. bedeckt. Bei der Behandlung mit permanenten Bädern, Arsenik innerlich trat Besserung ein, das Körpergewicht stieg von 59 auf 64 kg. Pat. wurde entlassen, bekam aber wieder Recidive, während des letzten Spitalaufenthaltes eine Pneumonie, schliesslich auch Blasen an der Zunge. Gleichzeitig wurden häufig Digestionsstörungen beobachtet. Unter den Erscheinungen einer eitrigen Hüftgelenksentzündung und einer frischen Pneumonie ging Pat. zu Grunde.

Vom Sectionsbefund ist nur hervorzuheben ein flaches in Vernarbung begriffenes Ulcus der kleinen Magencurvatur, Erosionen im unteren Theile des Dickdarmes, geschwürige Processe nahe der valvula Bauhini.

Die Untersuchung des Centralnervensystems und des Sympathicus ergab nichts Abnormes.

Seifert (Würzburg).

---

42. **Steffen** (Stettin), **Ueber das Conchinin und Hydrochinon.** (Jahrb. für Kinderheilkunde 1882. XVIII. Band. 1. Heft.)

Verf. hat mit Conchinin, einem Chinin-Alkaloid, welches in methodischer Weise in der Klinik von Ziemssen in München zuerst angewendet ist, und über dessen chemische Zusammensetzung und Eigenschaften Freudenberger nähere Angaben gemacht hat, im Kinderspital zu Stettin eine Reihe von Kindern behandelt. Dasselbe besteht aus weisslichen, leicht verwitternden Krystallen und schmeckt bitter. Die Dosis in der es bei Kindern in fieberhaften Krankheiten angewendet wurde, betrug 0,5 mehrmals täglich. — Die Wirkung des Conchinins charakterisirte sich durch eine ausgiebige Herabsetzung der Temperatur,



welche 1—2°, einmal 3,2° betrug. Regelmässig folgte auch auf die Darreichung des Medicamentes eine Herabsetzung der Pulsfrequenz. In einigen Fällen trat Erbrechen und mässiger Collaps ein. In einem Fall trat bei einem schwächlichen Typhuspatienten mit kleinem Pulse ein allgemeines Oedem auf, welches bei Eintritt von starker spontauer Diurese verschwand, als das Medicament ausgesetzt wurde und sofort bei Wiederdarreichung des Medicamentes sich wieder einstellte. Bei Herzschwäche hält Verf. das Conchinin für contraindicirt.

Hydrochinon, das Paraderivat des Benzols, ist in methodischen Gebrauch zuerst vom Verf. gezogen worden; es ist im Aussehen dem Natr. salicylic. ähnlich und löst sich nicht vollständig in kaltem, dagegen schnell und vollständig in kochendem Wasser. Es wurde bei Infectionskrankheiten und bei Erkrankungen der Athmungsorgane angewandt, und zwar bei kleinen Kindern in Dosen von 0,3—0,5, bei älteren in Dosen von 0,75—1 gr mehrmals täglich. Das Mittel zeigte fast immer eine prompte Wirkung, indem die Temperatur durchschnittlich um 1,5° herabgesetzt wurde. Die Wirkung des Hydrochinons auf die Pulsfrequenz war keine constante, die Pulsverlangsamung trat evident nur bei den entzündlichen Erkrankungen der Athmungsorgane zu Tage, während die Wirkung des Mittels auf die Pulsfrequenz bei Typhus und Scharlach nur eine sehr mässige war. Unangenehme Nebenwirkungen zeigten sich nur in dem fast regelmässig nach Darreichung des Mittels ausbrechenden mehr oder weniger reichlichen Schweisse, in seltenen Fällen in dem Auftreten von Erbrechen und in mässigem Collaps; andere unbequeme Nebenwirkungen, welche nach Darreichung von Natr. salicylic. beobachtet werden, wie ein Gefühl von Trockenheit im Munde und Schlunde, Sausen in den Ohren und Schwerhörigkeit, Delirien, traten bei Hydrochinon nicht auf. Der Urin zeigte schon nach der ersten Gabe charakteristische Veränderungen, er sah schmutzig braun oder grünbaun aus und zeigte in der Farbe Aehnlichkeit mit Carbolurin, fast dieselbe Farbenveränderung zeigte auch der Stuhl. Nach Aussetzung des Mittels nahmen Stuhl und Urin bald wieder ihre normale Färbung an.

Verfasser ist der Meinung, dass das Hydrochinon ein zuverlässiges Antipyreticum ist, welches sich den übrigen erprobten Antipyreticis ebenbürtig an die Seite stellt.

Kohts (Strassburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **29. April.** **Nro. 4.**

43. **Henoch, Zur Pathologie der Masern.** (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 13.)

In der vorjähr. Berliner Masernepidemie beobachtete Vf. folgenden Fall. Ein früher gesundes 4jähriges Mädchen erkrankte an Masern; die ersten beiden Tage der Entwicklung des Exanthems verliefen vollständig normal, mit der einzigen Ausnahme, dass nach der Vollendung der Eruption am Abend des zweiten Tages das Fieber bestehen blieb. Am dritten Tage bildeten sich auf der ganzen Körperoberfläche mehr oder weniger dicht stehende Blasen, an einzelnen Stellen von der Grösse einer Haselnuss; an anderen eines Thalers und noch darüber. Am 4. Tage sah man beide Wangen von je einer einzigen mit gelblichem Serum halb gefüllten Blase eingenommen; ebenso waren beide Handrücken von einer einzigen solchen Blase bedeckt. Das Masernexanthem, welches zwischen den an einzelnen Stellen dicht gedrängten Blasen sichtbar war, zeigte hämorrhagische Beschaffenheit. Das Gesicht



war stark gedunsen, die Wangen und die Lippen in den folgenden Tagen so geschwollen, dass die Mundhöhle nicht zu untersuchen war; die Lippen waren stark mit Borken belegt. Die Blasen bestanden auch an von Masernexanthem vollständig freien Stellen. Das Fieber, welches bis dahin von mässiger Höhe war, stieg am 7. Tage plötzlich über 40°; man constatirte eine fibrinöse Pneumonie des rechten Unterlappens, an welcher das Kind am 8. Krankheitstage zu Grunde ging.

Verf. findet ähnliche Fälle nur 3 mal in der Literatur erwähnt; zweimal waren mehrere Mitglieder einer Familie erkrankt. Auch in diesen Fällen war die Blaseneruption von dem Masernexanthem insofern unabhängig, als sie einmal dem Morbillenausschlag vorausging, ein anderes Mal noch während der Desquamation am 13. Tage wiedererschien.

Verfasser glaubt nicht eine anomale Exsudationsäusserung der Morbillen, sondern eine eigentliche Complikation mit in contagiöser Form schon beobachtetem acutem Pemphigus vor sich zu haben. Dafür spricht die Unabhängigkeit von dem Masernausschlag und das Auftreten mehrerer Fälle in einer Familie. Die Prognose sei nach den bisherigen Erfahrungen schlecht zu stellen.

Kohts (Strassburg).

44. **Dr. Karl Huber, Ein unvorhergesehener Zwischenfall bei Impfpocken.** (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 10. 1882.)

11 $^{3}/_{4}$-jähr. Mädchen, hereditär nicht belastet, stets gesund, wird den 20. Juni 1880 von Dr. Witzendorf mit einer grösseren Anzahl anderer Kinder am linken Arm geimpft. Bei den übrigen Kindern regelrechter Verlauf der Impfung. Unsere Pat. spürt desselben Nachmittags ziehende Schmerzen im linken Arm. Des folgenden Tages vollkommenes Wohlbefinden; doch im Verlauf des Nachmittags neben starkem Erbrechen plötzliche Lähmung des rechten Armes und Beines. Am 29. Juni konnte eine rechtsseitige lähmungsartige Schwäche mit Sprachstörung constatirt werden; Pat. fieberte wenig, war sehr schwach, ohne Appetit. Sämmtliche Symptome nahmen zu, es traten Kopfschmerzen und zeitweilige Unbesinnlichkeit auf und am 16. Juli erfolgte der Tod. An der Impfstelle und axillaren Lymphdrüsen während der ganzen Zeit keine abnorme Reaktion. 3 Tage post mortem wurde von H. die Sektion vorgenommen.

Impfstelle und Umgebung nicht entzündet; benachbarte Lymphdrüsen intakt. Im linken Linsenkern und Sehhügel wird ein Gliom mit seinen secundären Veränderungen, der weissen Erweichung, Oedem der Meningen und Hydrocephalus intern. constatirt.

Dieses musste also mit seinen secundären Veränderungen als ausschliessliche Causa morbi et mortis angesehen werden und das Zusammentreffen mit der Impfung war nur ein zufälliges.



Verfasser betont das verhältnissmässig seltene Vorkommen der Gliome der Cerebro-spinalaxe im Kindesalter, während die des Auges häufiger sind.

Nicht uninteressant ist weiterhin der plötzliche apoplexie-artige Beginn. Es war zunächst an eine frischere meningeale Affection auf specif. Basis zu denken.

Menche.

---

45. **Besnier, Rheumatisme cérébral avec complications cardiaques et pleuro-pulmonaires, traité par les bains froids.** Gelenkrheumatismus mit Gehirnerscheinungen, complicirt durch Erkrankung des Herzens, der Lungen und Pleura, behandelt mit kalten Bädern. (L'Un. méd. Nr. 17 und 18.)

Ein bis dahin gesunder, kräftiger Mann von 26 Jahren erkrankt im Juni 1881 an Gelenkrheumatismus der Ellbogen- und Kniegelenke. Der Gebrauch von Natr. salicyl. (2—7 gr pro die) führt Besserung herbei. Anfangs August erneuter Anfall, der allmählich sämmtliche Extremitätengelenke ergreift. Fieber und Anschwellung der Gelenke mässig. Chin. sulfur. 0,6—0,8 pro die, Diuretica, Purgantien, schmerzstillende Einreibungen der Gelenke. Am 16. August lassen die Schmerzen in den Gelenken plötzlich nach, so dass der Kranke Arme und Beine bewegen kann und sich geheilt glaubt. Am Abend stärkeres Fieber, Aufregung, Delirium. An den folgenden Tagen Verschlimmerung. Typhöser Zustand, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, grosse Aufregung. Temperatur bis 41° steigend, Puls und Respiration stark beschleunigt. Sehnenhüpfen, Cyanose des Gesichts und der Lippen. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt links hinten beginnende Pleuritis, Congestion beider Lungen, an der Herzspitze blasendes Geräusch. Die eingeschlagene Therapie (Vesicantien an den Gelenken und in die Herzgegend, Digitalis, Natr. nitr., kalte Waschungen) blieb ohne Erfolg. Am 19. Aug. Temperatur 41,4° C., Puls 140, Resp. 42, drohender Collaps. Der Kranke wird in ein Bad von 24° C. gesetzt und 1/2 Stunde darin gelassen. Im Bade Abnahme der Cyanose, nach demselben Temp. 37,0°, Puls 100. Eine halbe Stunde später Temp. 39,0°, Puls 110, Resp. 28. Das Geräusch an der Herzspitze ist verschwunden. Die Bäder werden fortgesetzt, 3 mal pro die. Das Fieber fällt continuirlich, das Delirium mit vollständiger Schlaflosigkeit bleibt bis zum 4. Tage, dann langer, ruhiger Schlaf, nach welchem rasch voranschreitende Reconvalescenz eintritt. Die Bäder wurden vom 4. Tage an ausgesetzt. Die Erscheinungen von Seiten der Lungen und Pleura durch die Bäder in keiner Weise beeinflusst. Nach Aussetzen derselben vorübergehende, geringe Verschlimmerung, darauf ebenfalls Besserung. Während der Reconvalescenz traten nochmals Schmerzen in den afficirt gewesenen Gelenken auf, die bald spontan nachlassen. Bemerkenswerth



ist das plötzliche Verschwinden des blasenden Geräusches an der Herzspitze nach dem ersten Bade, nach B. ein Beweis, dass dasselbe weder in einer Endocarditis noch in Anämie seinen Grund hatte, sondern lediglich Folge des excessiv hohen Fiebers war. Die Fortdauer der Delirien trotz Abfalls der Temperatur zeigt an, dass Erstere nicht allein vom Fieber abhängen. Das in ähnlichen Fällen beobachte Coma fehlte vollständig. Auf Grund dieser und einer analogen früheren Beobachtung empfiehlt B. dringend die möglichst frühzeitige Anwendung kalter Bäder, wenn im Verlauf eines acuten Gelenkrheumatismus unter Nachlass der Gelenkerscheinungen excessiv hohes Fieber und schwere Gehirnsymptome sich einstellen, wenn also gewissermassen eine Metastase nach dem Gehirn eintritt. Complicationen seitens des Herzens, der Lungen und Pleura contraindiciren die kalten Bäder nicht.

Brockhaus (Godesberg).

---

46. **Rehlen, Statistische Mittheilungen über 35 Fälle von Tabes dorsualis.** (Aerztliches Intelligenzblatt Nr. 10—14.)

Verf. berichtet über die Fälle von Tabes, welche in den letzten 3 Jahren (bis Mai 1881) in der früher unter Fischer's Direction stehenden Heilanstalt Maxbrunn behandelt wurden, ein grosser Theil dieses Materials ist von Fischer selbst literarisch verwerthet, es handelt sich hier um eine Sichtung des ganzen Materials.

In 14,3 % konnte hereditäre Disposition festgestellt werden, in 74,3 % sind häufige Erkältungen oder Durchnässungen als ätiologisches Moment angegeben, unter 8 nachweisbar früher syphilitischen Kranken findet sich bei 2 die Lues als einziges muthmassliches ätiologisches Moment, in 1 Falle war ein Trauma als die Ursache der Erkrankung anzusehen (ein Officier bekam im Feldzug 1870 eine Contusion des Rückens durch einen Prellschuss) und in 4 Fällen war absolut keine nachweisbare Ursache der Erkrankung zu finden.

Die Parästhesieen an den Unterextremitäten, die bei Tabes gewöhnlich vorkommen, zeigten sich in dem grösseren Theile der Fälle ausgesprochen, abnorme Sensationen in den Armen und Händen wurden weniger häufig beobachtet (16 mal). Nur bei 3 Fällen waren die Patellarreflexe mehr oder weniger intact, bei den übrigen fehlten sie vollkommen. Ataxie der Unterextremitäten fehlte in 6 Fällen vollständig; 4 Fälle mit Ataxie der oberen Extremitäten zeichneten sich durch sehr raschen Verlauf der Krankheit aus und waren als schwere Fälle zu betrachten. 31 mal fand sich Verlangsamung der Schmerzleitung, 13 mal Remak'sche Doppelempfindung, 9 mal die von Fischer so bezeichnete „Polyaesthesie", 1 mal Naunyn'sche Doppelempfindung. Auffallend selten wurden Affectionen der Gehirnnerven mit Ausnahme der Opticusaffectionen (in 9 Fällen) beobachtet.



Von Complicationen mit Psychosen fand sich 1 mal hypochondrische Melancholie, 1 mal Melancholie mit Angstparoxysmen und je 1 mal primäre Verrücktheit und typische Dementia paralytica.

Seifert (Würzburg).

47. **Prof. Dr. Paul Bruns** (Tübingen), **Spontanfrakturen bei Tabes.** (Berl. klin. Wochenschr. 1882, Nr. 11.)

Wenn auch erst die Neuzeit, insbesondere Charcot, diesem Gegenstande Beachtung geschenkt hat, und die Frequenz solcher Fälle jedenfalls erheblich grösser ist, als die Litteratur angibt — Verfasser hat im Ganzen 30 Fälle gesammelt — so sind doch die Spontanfrakturen bei Tabes im Verhältniss zur Häufigkeit der letzteren Krankheit sehr selten. Die Frakturen treten in der Mehrzahl an den Unterextremitäten, besonders am Oberschenkel, jedoch auch am Ober-, Vorderarm und Schlüsselbein, meist an mehreren Knochen nach einander auf. Die Veranlassung war stets eine geringfügige Gelegenheitsursache, zuweilen stärkere ataktische Bewegungen oder Krämpfe. Die Heilung der Fraktur verlief fast durchgehends normal, zuweilen auffallend rasch.

B. ist mit Charcot der Ansicht, dass der abnormen Brüchigkeit der Knochen eine durch die RM.-Affektion bedingte trophische Störung des Knochengewebes zu Grunde liege. Denn es sei zunächst unmöglich die Fragilität als Folge einer einfachen Inaktivitätsatrophie aufzufassen, da häufig Frakturen in einem Stadium erfolgen, wo das betroffene Glied noch völlig gebrauchsfähig ist. Die brüsken unkoordinirten Bewegungen der Ataktischen sowie klonische und tonische Krämpfe können wohl die Gelegenheitsursache abgeben; jedoch bedarf es zur Erklärung der Frakturen noch der Annahme eines pathologischen Zustandes der Knochen, um so mehr als Frakturen schon vor dem Beginn der motorischen Inkoordination vorkommen können. In der That hat man bei Sectionen auch eine Rarefaktion der kompakten Substanz und Anfüllung der erweiterten Markräume mit Fett gefunden und dementsprechend durch chemische Analyse (Regnard) Verminderung des Gehalts an Phosphaten und Vermehrung des Fettgehaltes. Die auf einer „excentrischen Knochenatrophie" beruhende Brüchigkeit wird übrigens auch beobachtet im Gefolge gewisser anderer Affektionen der Nervencentren, am häufigsten bei chronischen Geisteskranken, namentlich Paralytikern (Verf. hat 60 derartige Fälle in der Litteratur gefunden,) ferner im Gefolge einer gehemmten Entwicklung der Nervencentren, bei angeborener Hydrorrhachis, Hydrocephalus, Spina bifida etc. Wie bei diesen Affectionen, so ist es auch bei Tabes wahrscheinlich, dass die zu Spontanfrakturen praedisponirenden trophischen Störungen des Knochengewebes neurotischen Ursprunges sind. Dafür spricht auch das Vorkommen anderer trophischer Störungen bei Tabes, wie

das „Mal perforant“ und die von Charcot zuerst beschriebenen Arthropathien der Tabischen. Diese kürzlich auch von Westphal geschilderten Gelenkaffektionen, die sich von der Arthritis deformans durch das plötzliche Auftreten, durch den rapiden Verlauf und das Uebergreifen des Knochenmarkes von den Epiphysen auf die Diaphysen unterscheiden, können nicht von traumatischen Läsionen in Folge der unkoordinirten Bewegungen abgeleitet werden, da sie gewöhnlich sich schon vor der Ataxie einstellen; sie sind vielmehr wahrscheinlich von der Spinalaffektion abhängig, wofür auch das Vorkommen gleicher oder ähnlicher Arthropathien bei acuter Myelitis, progress. Muskelatrophie und anderen RM.-Affektionen spricht. Charcot und Westphal haben mehrfach bei Tabes diese Arthropathien gleichzeitig mit Spontanfrakturen beobachtet, so dass eine nahe Beziehung zwischen ihnen und ihr gemeinsamer neurotischer Ursprung sehr wahrscheinlich ist. Möglicherweise sind sie auf Veränderungen der grauen Substanz der Vordersäulen oder der Spinalganglien, die Charcot in solchen Fällen gefunden, zu beziehen.

Der von B. selbst beobachtete Fall betraf eine 57jähr. Pat., die seit 20 Jahren rückenmarksleidend, seit 5 Jahren wiederholt mit ausgeprägter Tabes dorsalis auf die medic. Klinik aufgenommen wurde, vor 3 Monaten ohne bekannte Veranlassung eine Spontanfraktur in der Mitte des rechten Vorderarmes und vor 6 Wochen beim Heben einer Schüssel dieselbe Affektion linkerseits bekam. Die erste Fraktur heilte in 10, die zweite in 6 Wochen. Beide Oberextremitäten waren deutlich ataktisch.

Stintzing (München).

---

48. **Prof. Dr. Moriz Benedikt, Ein Wort zur Frage der Nervendehnung bei spinalen Affektionen.** (Wiener Medic. Presse 1882. Nr. 13 und 14.)

Gegen den Satz, dass graue Degeneration der Hinterstränge eine Zerstörung der betreffenden Nervenfaserung bedeute, sprechen alle die Fälle von Ataxie, in welchen bei geeigneter Behandlung eine weitgehende Heilung eintrat. Der vom Verf. (Centralblatt f. Nervenheilk. 1882 Nr. 2) mitgetheilte Fall beweist, dass bei fortbestehender grauer Verfärbung eine hochgradige Ataxie geheilt werden kann, ebenso ein Fall von Erb-Schultze.

Bei der Frage nach den Erfolgen und Misserfolgen der Nervendehnung bei Tabes sind zunächst die Vorfragen zu entscheiden, welche Nerven am besten gedehnt werden und ob eine verschiedene Indikation für verschiedene Fälle vorliege. So lange dies nicht geschieht, „beweisen die partiellen Dehnungen mit negativem Erfolge nichts“. Wenngleich nicht bestritten werden kann, dass bei vielen Fällen von Tabes die Operation nutzlos sei, so spricht doch jede positive Erfahrung für die Wirksamkeit derselben.



Der Nachtheil, dass durch die Dehnung die Muskeln geschwächt werden, verschwindet allmählich und „ist in den positiven Fällen minimal gegen die positiven Vortheile und von vorübergehender Bedeutung bei den negativen“.

Es ist die Sache derer, denen positive Resultate zur Verfügung stehen, die Leistung der Operation zu schützen. B. verweist in dieser Beziehung auf seine in der Wiener Med. Presse (1881, Nr. 39—47) mitgetheilten Fälle. In der 1. Beobachtung war die Ataxie vollständig verschwunden. Ein 2. Patient (Telegraphenbeamter) funktionirt wie seine gesunden Kollegen und hat seit der Publikation keine Schmerzen und Beklemmungen mehr bekommen. In einem 3. Falle sind seit 1 Monat nach der Operation die Schmerzanfälle total ausgeblieben. Von den Fällen von Tabes, die B. neuerdings gedehnt hat, werden 3 erwähnt. 1. Fall: Dehnung des einen Ischiad. — Verschwinden der tabetischen Symptome. 2. Fall: Dehnung des R. Ischiad. und Radialis, des L. Cruralis — Schmerzen bis auf leise Mahnungen vergangen, Anästhesie und Ataxie der Arme und Beine wesentlich gebessert. 3. Fall mit kolossaler Ataxie: Dehnung beider Ischiad. am 23. Dezember, — Neuralgien bis auf Spuren verschwunden, am 19. Jan. konnte der Pat., an einer Hand geführt, gehen. — In 4 Fällen von Seitenstrangsklerose beobachtete B. bald rasch nach der Operation, bald erst nach mehreren Wochen, Verschwinden der Krämpfe, während die Lähmungen grösseren Widerstand leisteten.

Stintzing (München).

49. **Dr. F. Richter** (Sonneberg in Th.), **Ueber nervöse Dyspepsie und nervöse Enteropathie.** (Berliner klin. Wochenschrift 1882, Nr. 13 und 14.)

Ueber nervöse Dyspepsie existiren nur zwei Veröffentlichungen, eine Skizze von Beard und Rockwell und eine wissenschaftliche Abhandlung von Leube. Verf. theilt 10 Fälle von central bedingten nervösen Verdauungsbeschwerden mit und knüpft daran folgende Betrachtungen.

Die nervösen Magen- und Darmbeschwerden können von den verschiedensten funktionellen und organischen Krankheiten des Nervensystems, sowie von peripheren Neurosen des Verdauungstraktus abhängen. Die mit nervöser Dyspepsie und Enteropathie einhergehenden centralen Symptome sind: Kopfschmerzen von verschiedenem Sitz und Intensität, Schwindel, Schlaflosigkeit, Gesichts- und Gehörsstörungen, Anomalien der Stimmung, hohe Erregbarkeit, Depression, Hypochondrie, Beängstigung, Gedächtnissschwäche, Herzklopfen, Rückenschmerz, Neuralgien, Krämpfe, Lähmungen, vasomotorische Störungen, abnorme Sensationen etc.; die Magen- und Darmsymptome: Appetitlosigkeit, normaler oder übermässiger Appetit, belegte oder reine Zunge, Katarrh des Magens



oder neurotische Störungen ohne Katarrh, wie Schmerz, Krampf, lähmungsartige Zustände, dyspeptische Erscheinungen, Heisshunger, Sodbrennen, abnormes Durstgefühl; bei Druck meist wenig Schmerz; Aufgetriebensein, Kollern, Gefühl des Vollseins; Aufstossen, Uebelkeit, Erbrechen bei nervöser Enteropathie Obstruktion, normaler Stuhl oder Diarrhoe, Neuralgien, Krampf, abnorme Gasentwicklung, Stuhldrang etc. Von den bekannten Magen- und Darmerkrankungen (chron. Katarrh, Carcinom, Ulcus etc.) unterscheiden sich die geschilderten Affektionen durch die begleitenden Reizzustände des Gehirns und Rückenmarks, durch die oft fehlenden oder nur geringen katarrhalischen Veränderungen, durch das Fehlen der Druckschmerzhaftigkeit, sowie dadurch, dass leicht verdauliche Diät meist keinen bessernden Einfluss ausübt. Die Verdauung vollzieht sich öfters unter Beschwerden, erleidet aber keine Störung. Endlich ist charakteristisch das von Stimmungen abhängige wechselvolle Bild der Erkrankung.

Das Auftreten der nervösen Dyspepsie und Enteropathie in Folge von Veränderungen der peripheren Innervation ist nach R.'s Erfahrung selten. Magen- und Darmerkrankungen können zu Ernährungsanomalien und dadurch zu Störungen der Centralorgane, diese wiederum sekundär zu den hier besprochenen Erkrankungen führen; oder es entstehen reflektorisch bei Erkrankungen der Magen- und Darmnerven Beschwerden des Centralnervensystems und nervöse Dyspepsie, wenn bereits nervöse Disposition vorhanden ist.

Der Ansicht Leube's, dass bei rein nervöser Dyspepsie die gesteigerte Erregbarkeit der Magennerven während der Verdauung nicht ein Symptom sei, sondern den eigentlichen Kern der Krankheit bilde, kann Verf. nur für Ausnahmsfälle beistimmen; vielmehr führt er aus seinen Beobachtungen Beweise dafür an, dass die Erscheinungen nervöser Dyspepsie und Enteropathie vielfach als sekundäre Symptome von primären Hirn- und Rückenmarkserkrankungen aufzufassen sind.

Bezüglich der genaueren Lokalisation central bedingter nervöser Magen- und Darmbeschwerden im Gehirn existiren mehr Vermuthungen als positive Beweise. Erbrechen kommt bei dem verschiedensten Krankheitssitz, am häufigsten bei Lokalisationen in der Nähe der Medulla oblong. vor (Nothnagel). Als Ausgangspunkt der pathologischen Brechbewegungen ist nach Eulenburg das in der Med. oblong. befindliche Koordinationscentrum der beim Brechakt betheiligten Athemmuskeln zu betrachten. Nach den Versuchen von Schiff und Brown-Séquard treten in Folge von traumatischer Reizung der Sehhügel, der Streifenhügel, der Brücke, des Bulbus im Magen bald einfache Hyperämie, bald Ekchymosen auf.

Was die Lokalisation der nervösen Magen- und Darmerkrankungen im Rückenmark anlangt, so gibt Leyden an, dass Magenleiden am häufigsten ihren Schmerzpunkt am 4. Brustwirbel haben. Auch aus mehreren von des Verf.'s Fällen ist eine Beziehung zu den unteren Hals- und oberen Brustwirbeln ersichtlich. Aus diesen und anderen Angaben in der Litteratur (Erb, Eulenburg, Leyden, Goltz, Ebstein, Koch und Ewald) geht hervor, „dass die unteren Cervikal- und oberen Dorsaltheile des RM. in Bezug auf central bedingten Sitz von Magen- und Darmerkrankungen von Wichtigkeit sind".



In Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens nervöser Dyspepsie und Enteropathie erwähnt Verf. die Angabe von Beard und Rockwell, dass unter 10 Dyspepsien der besseren Klassen in Amerika 9 nervöser Natur seien. R. selbst hat beobachtet, dass bei centralen Nervenerkrankungen ca. 20% an nervösen Magenbeschwerden und ein ungleich grösserer Prozentsatz an nervösen Darmbeschwerden leide.

Die Diagnose nervöser Dyspepsie betreffend verweist R. auf Leube's Arbeit; die Diagnose nervöser Enteropathie stützt sich auf das gleichzeitige Vorhandensein centraler Neurosen und die anderen besprochenen Gesichtspunkte.

Die Prognose für central bedingte Verdauungsbeschwerden ist dieselbe wie bei Hirn- und Rückenmarkskrankheiten, insbesondere von der organischen oder funktionellen Natur des letzteren abhängig.

Die Therapie richtet sich hauptsächlich gegen die ätiologischen Momente, unter Wahl der Kurmethode je nach entzündlicher oder funktioneller Natur des Grundleidens. Hauptsächlich wird das roborirende Verfahren empfohlen, insbesondere die die Cirkulation anregenden und die umstimmenden Methoden des kühlen Wasserheilverfahrens in Verbindung mit richtigen diätetischen Massregeln (kräftige Kost, gute klimatische Pflege etc.); dann die örtlich umstimmenden Einwirkungen der Elektricität, aktive und passive Regelung der Bewegungssphäre, psychische Hilfe etc. Kontraindicirt sind Entziehungskuren, insbesondere die Karlsbader Kur, von welcher R.'s Fälle eine Reihe von Misserfolgen verzeichnen.

Stintzing (München).

---

50. **Wilhelm Hack, Ueber oberflächliche Exkoriationen an der Zunge.** (Monatshefte für prakt. Dermatologie Nr. 2.)

Trotz der fast obligatorischen Beobachtung, der die Zunge von Seiten des Praktikers ausgesetzt ist, sind chronische Exkoriationen in Gestalt von unregelmässigen, hochrothen Flecken, auf denen das Epithel verdünnt, die Papillen hyperämisch und geschwollen erscheinen, noch wenig beobachtet. Erst in der allerneuesten Zeit fand diese Affektion ausführliche Bearbeitung von Caspary und Unna, Parrot in Frankreich — erstere betonen die Unabhängigkeit des Leidens von Syphilis, letzterer spricht die Affektion als eine hereditär syphilitische an.

Verf. theilt Fälle mit, in denen er bei zwei Familien das Leiden durch drei Generationen hindurch verfolgen und Syphilis bestimmt ausschliessen konnte.

1. Grossmutter und Mutter zeigen auf der Höhe des Zungenrückens mehrere kreisrunde, seichte Exkoriationen, nur durch den vertieften Grund von der Zungenschleimhaut abgesetzt; am Rande und an der Spitze eine Reihe ovoider, vertiefter Stellen, von einem gelbfarbigen Rande eingeschlossen und bedeckt von stark gerötheten und geschwellten



pupillae fungiformes. Von den 4 Kindern zeigten ein Knabe und ein Mädchen hochrothe Exkoriationen ohne gelblichen Rand.

Die kleineren, gleichmässig rothen Exkoriationen veränderten sich nicht, die gelbumrandeten wechselten durch kontinuirliches Vorschieben sehr langsam ihre Stelle.

Die subjectiven Beschwerden waren entweder sehr gering oder bestanden im heftigen Brennen beim Genuss saurer Speisen und in einer gewissen Schwerbeweglichkeit der Zunge. Syphilis nicht nachzuweisen.

2. Bei einer 30 jähr. Dame bestand Nervosität, sich kundgebend durch eine bei jeder Erregung auftretende Fistelstimme (dieselbe bei der Mutter der 1. Reihe ebenfalls vorhanden). An der unteren Zungenfläche gelblich umrandete Exkoriationen, an den Rändern gelbe wellige Linien. Auf der Zungenoberfläche hoben sich die Papillae fungiformes mit rother Kuppe von glatter weisslicher Unterlage ab. Verf. hatte den Eindruck, als wenn die papill. filiformes kaum entwickelt seien. Beschwerden bestanden im heftigen Brennen selbst bei wenig reizenden Speisen. Vater der Pat. hatte flache rothe Exkoriationen ohne subjective Beschwerden. Ein Bruder der Pat., an luetischer Roseola behandelt, zeigte vollständig normale Zunge. Ein 2. Bruder soll an Zungenbeschwerden leiden, eine 3 jähr. Schwester wieder rothe Exkoriationen, während bei einem 1 jähr. Mädchen, das sehr mit der Dentition zu schaffen hatte, sich nichts vorfand.

Aus seinen Beobachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse: Hereditäre Lues muss als veranlassendes Moment ausgeschlossen werden. Die Neigung zu Exfoliationsprocessen an der Zunge ist fakultativ, nicht obligatorisch vererbbar. Schwierige Dentition und acquirirte Lues brauchen nicht — selbst bei hereditärer Anlage — zu diesen Processen zu führen. Gelbumrandete Exkoriationen schreiten continuirlich weiter, nicht sprungweise (Unna und Caspary) und wurden nur beim weiblichen Geschlecht beobachtet; von 600 Soldaten fanden sich 12 mal rothe Exkoriationen, nie gelbumrandete.

Menche.

---

51. **Skobel** (Krakau), **Ein Fall von tuberculösen Pharynxgeschwüren.** (Przeglad lekarski 1881. Nr. 49 und 51. polnisch.)

Bei einem 40 jähr. Kranken ergab die Untersuchung Folgendes: Der ganze weiche Gaumen, die Uvula, die Arcus palato-glossi, beide Tonsillen sind mit oberflächlichen, linsengrossen, so dicht gedrängten Geschwüren bedeckt, dass sie an vielen Stellen gleichsam ein grosses, mit graugelbem, speckartigem, fest anhaftendem Exsudat bedecktes Geschwür bilden. Daneben zerstreut auftretende, kleinere Geschwüre zeigen auf ihrem hie und da unebenen Grunde wenig zahlreiche Papillen und sind mit gräulicher Exsudatmasse überzogen; ihre Ränder sind uneben, wie angenagt und in der Peripherie mit vielen gelben,

miliaren, mit Epithel bedeckten Knötchen besetzt. Die Geschwürsfläche zeigt nirgends eine bedeutendere Infiltration. Die Geschwüre an der Uvula sind tiefer und derart unregelmässig, dass sie der letzteren eine förmliche Stalaktitengestalt verleihen. Grosse Schmerzen beim Schlingen. — Die laryngoskopische Untersuchung erwies: Die Epiglottis 4-fach verdickt, mit geschwürigen Rändern, gekerbt, an ihrer linken Hälfte von einigen gelben, mohnkorngrossen Punkten durchsäet; der Kehlkopf ist mit Schleim gefüllt. — Infiltration beider Lungenspitzen, mässiger Ascites, im Harn Eiweiss und etwas Eiter und Blut. Temp. 38,7, Puls 116.

Die Diagnose auf tuberculöse Rachengeschwüre wurde zum Theil via exclusionis gestellt, wobei man sich auch auf die relative Flachheit der Geschwüre, ihre ausgenagten Ränder, Mangel an Infiltration der Basis, Anwesenheit kleiner Knötchen in der Peripherie, Blässe der Schleimhaut und die heftigen Schmerzen beim Schlingen stützte. Nach Verf. erlaubten diese Eigenschaften keine Verwechselung mit anderen Geschwüren. Man war geneigt, die Veränderungen im Rachen im Verhältniss zu der Lungenaffection für primär anzusehen.

Der Zustand des Kranken verschlimmerte sich rapid, das Fieber nahm bedeutend zu, am 11. Beobachtungstage fiel die Uvula spontan ab, Tags darauf exitus lethalis. — Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die tuberculöse Natur der Pharynxgeschwüre, dabei erwies aber die Section ausgedehnte Destructionsprocesse in beiden Lungen, so dass die intra vitam ausgesprochene Auffassung von der chronologischen Entwicklung der Lungen- und Rachenerkrankung sich als unhaltbar erwies. Ausserdem fand man bei der Section: ein tuberculöses Geschwür im Dickdarm, Tuberculose der Leber, Amyloidentartung des Herzens, der Leber, der Milz, der Nieren und chronischen morb. Brightii.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien.)

---

52. **Prof. Fürbringer** (Jena), **Proctitis durch 235 Pflaumenkerne.** (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 10. 1882.)

Eine 49 jähr. Arbeiterin wird mit der Diagnose Syphilis in die Landesheilanstalt geschickt. Anamnese ergab: seit mehreren Wochen Schmerzen im After, unwillkürliche dünne Stühle, dyspeptische Erscheinungen und Abmagerung. Bei der Untersuchung fand sich: ausgedehnter Decubitus am R. Sitzknorren. Analgegend durch mehrfarbige, jauchig-fäcale Massen besudelt, nach deren Entfernung ein monströser, mit flacher Ulcera besetzter Ring entzündeter Varixknoten sichtbar wurde. Der in den After leicht eingeführte Finger entleerte 98 Pflaumenkerne, ausserdem Bindfadenstücke, Fruchtschalen, Pflaumenstiele und zahlreiche, zum Theil umfängliche gallertig-schleimige Fetzen, ähnlich geschlagenem Hühnereiweiss, alles umgeben von aashaft stinkender



hämorrhagischer Flüssigkeit. Die chemische Untersuchung dieser schleimigen Massen ergab Mucin und einen Eiweisskörper, zu den Globulinen gehörig. Mikroskopisch: Bakterien, grosse Rundzellen, Cylinderepithelien, letztere vergrössert, verfettet oder im Zustand der Nothnagel'schen Verschollung, Detritus, erhaltene und zerfallene rothe Blutkörperchen.

Rectum wird ausgespült und die Schleimhaut erscheint durch das klaffende Orificium dunkelblauroth, geschwellt und steif anzufühlen. Speckig belegte Ulcera und blutende Erosionen, nur im Bereich der Divertikel, in denen Steine eingeklemmt gewesen waren, tiefere Geschwüre. Doch keine Erscheinung von Periproctitis.

Nach 2 Tagen werden weitere 137 Kerne auf dieselbe Weise entleert. Pat. gesteht jetzt, erst vergebens gebettelt und durch grossen Hunger gezwungen, von einem zur Musbereitung bestimmten Pflaumenhaufen die Früchte mit Stiel, Haut und Kernen verschlungen zu haben.

Klysmata und Ricinusöl bewirken enorme Entleerung dunkelbrauner Fäcalmassen unter Nachlass der Schmerzen und des geringen Fiebers, welches bestanden hatte. 3 Wochen hielten noch die unwillkürlichen Entleerungen an, hierauf begann der Sphincter wieder zu functioniren. Pat. sieht geheilt ihrer baldigen Entlassung entgegen.

Verf. macht zum Schluss darauf aufmerksam, wie unglaubliche Zumuthungen unser Darmtractus aushalten kann. 235 Pflaumenkerne passiren ohne wesentliche Beschwerden Magen und Dünndarm und statt Verschwärung, Perforation, septischer Phlegmone resultirt eine heilende Proctitis und Koprostase.

Zwei bis jetzt minder hervorgehobene Symptome sind zu vermerken:

1. Der paradoxe Durchfall, d. h. Abgang flüssiger Massen bei Darmocclusion.

2. Totale Lähmung des Sphincter, der, nach Verf., die Retention des Wundsecretes hinderte, und so den günstigen Verlauf bewirkte.

Menche.

---

53. **Bitterlin, Occlusion intestinale. Massage de la region abdominale. Guérison.** Darmverschluss. Massage des Abdomens. Heilung. (L'Union méd. Nr. 37.)

Ein 56 jähr. Mann erkrankte in der Nacht plötzlich an heftigen Koliken; ein Diätfehler war nicht vorhergegangen und am Tage vorher regelmässiger Stuhlgang dagewesen. Im Laufe der folgenden Tage Fortdauer der Schmerzen, allmählich zunehmende Auftreibung des ganzen Leibes, Erbrechen von anfangs schleimig-galligen, später faeculenten Massen, Verstopfung. Hernien waren nicht vorhanden, auch an keiner Stelle des Leibes ein Tumor nachzuweisen. Da alle Mittel (Drastica, Narcotica, Eis, Klysmata etc.) unwirksam blieben und der Kranke



collabirte, versuchte Verf. eine kräftige Massage des ganzen Unterleibs. Dabei entstand ein stark gurgelndes Geräusch und bald erfolgte Stuhlgang. Denselben günstigen Erfolg der Massage sah B. in einem andern Fall von totalem Darmverschluss, in dem ebenfalls alle gebräuchlichen Mittel im Stiche gelassen hatten.

Brockhaus (Godesberg).

---

54. R. v. Jacksch, Ueber das Vorkommen mit Eisenchlorid sich färbender Harne beim Diabetes und bei acuten Exanthemen. (Zeitschr. f. Heilk. 1882. Bd. III. H. 1.)

In Bezug auf das Verhalten der Eisenchloridreaction bei Diabetes fand Verf. folgendes:

1. In allen Fällen, wo die Kranken unter comatösen Erscheinungen zu Grunde gingen, zeigte sich die Reaction.

2. Sie trat jedoch auch sehr häufig im Harne auf, ohne dass comatöse Erscheinungen zu constatiren waren.

3. Das Auftreten derselben zeigte sich unabhängig von der Nahrung, insbesondere auch von der Diabetikern häufig gereichten Fleischkost.

4. Weder die Einführung gewisser Medicamente, noch der Acetessigaether und Aceton können das Auftreten der Reaction bewirken.

In Betreff des Vorkommens der Eisenchloridreaction bei andern Krankheiten insbesondere bei acuten Exanthemen stellt Verf. folgende Sätze auf:

1. Nicht nur bei Diabetes, sondern auch bei andern und vorzüglich bei acuten Krankheiten tritt bisweilen ein mit Eisenchlorid sich rothfärbender Körper im Harn auf.

2. Das Verschwinden des Körpers aus dem Harn beim Kochen, das Uebergehen der Substanz aus angesäuertem Harn in Aether, das Verschwinden der Reaction beim Stehen unterscheidet sie von andern Substanzen (Rhodankalium, die ameisensauren und essigsauren Salze; Phenol, Salicylsäure), die gleichfalls ähnliche Farbenreactionen mit Eisenchlorid geben.

3. Der kindliche Organismus scheint besonders geneigt, den Körper zu produciren.

Lachmann (Frankfurt a. M.).



55. **R. v. Jacksch, Ueber febrile Acetonurie.** (Prager medicin. Wochenschr. Nr. 40. 1881.)

In einer vom 27. September 1881 datirten Mittheilung macht uns Verf. mit Folgendem bekannt:

1. Rothfärbung des Harns mit Eisenchlorid tritt nicht allein bei Coma diabeticum, sondern auch manchmal im Verlauf des Diabetes bei Abwesenheit comatöser Ercheinungen, ferner im Eruptionsstadium einiger acuter Exantheme ein.

2. Das Auftreten der Lieben'schen Jodoformreaction im Harn steht mit der Gegenwart eines die Eisenchloridreaction veranlassenden Körpers in keinem directen Zusammenhang.

3. Eine gleich intensive Jodoformreaction tritt ganz regelmässig in den Destillaten von Fieberharnen ein. Ihre Intensität ist abhängig von der Höhe des Fiebers.

4. Das Auftreten dieses die Jodoformreaction gebenden Körpers ist einzig und allein bedingt durch das Fieber, ganz unabhängig vom Krankheitsprocess, nur der Diabetes mellitus bildet eine Ausnahme.

E. Schütz (Prag).

56. **Szpilman, Beobachtungen über die Wirkung des Atropins.** (Sep.-Abdruck aus der Gazeta lekarska 1881. polnisch.)

Die Untersuchungen vieler Beobachter haben die auffallende Erscheinung ergeben, dass mehrere Alkaloide (Atropin, Pilocarpin, Physostigmin, Nikotin) die Iris bei Säugethieren, Amphibien und Fischen stark beeinflussen, während sie bei Vögeln und Reptilien ohne diesbezügliche Wirkung bleiben. Diese scheinbar widersprechende Thatsache, dass dieselben Mittel auf gleiche Organe bei verschiedenen Thieren verschieden einwirken, suchte man durch die Annahme zu erklären, dass diese Wirkungsverschiedenheit vielleicht auf verschiedenen anatomischen Bau der Iris zu beziehen sei, dass namentlich glatte Muskelfasern sich hier anders verhalten könnten als quergestreifte. Um diese Frage zu lösen und die genannte Hypothese wissenschaftlich zu begründen, unternahm Verf. zahlreiche Untersuchungen über den Einfluss des schwefelsauren Atropins auf das Verhalten des Oesophagus bei Fröschen (glatte Muskelfasern), Kaninchen (quergestreifte), Tauben und Katzen (gemischte Muskeln). Die erhaltenen Resultate formulirt Verf. wie folgt:

Durch Atropin werden die quergestreiften Muskeln, mit Ausnahme des Herzmuskels, nicht beeinflusst.

Atropin verringert in kleinen Dosen die Reizempfänglichkeit der glatten Muskeln, in grossen Gaben lähmt es dieselben; es ist also das Curare für derartige Muskeln.



Bevor es die Substanz der glatten Muskelfasern selbst lähmt, wirkt es zuerst paralysirend auf die letzten Endigungen der centrifugalen Nerven, oder, was wahrscheinlicher, auf die sogen. Zwischenganglien.

Es reizt niemals diese Gebilde und erhöht nie die Reizempfänglichkeit derselben.

Smolénski (Ernsdorf i. Schlesien).

---

57. **Koch** (Wiesbaden), **Das Chinolinum tartaricum, das neue Ersatzmittel des Chinins, als Heilmittel gegen den Keuchhusten.** (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 13.)

Unter allen Keuchhustenmitteln nimmt das Chinin noch immer den ersten Platz ein. Nach den Erfahrungen des Verf. ist das Chinin. muriat. innerlich in Sol. oder noch besser als Inhalation gebraucht im Stande, die Intensität der einzelnen Anfälle in mässigen Grenzen zu halten und in ca. 4 Wochen das Ende der Erkrankung herbeizuführen. Allein der sehr schlechte Geschmack und der hohe Preis desselben machen das Mittel nicht immer anwendbar und veranlassten Verf. deshalb, das ihm physiologisch ähnliche Chinolin. tart. einer Prüfung zu unterwerfen. Die Dose war gewöhnlich 0,25—1,0. Verf. benutzte meist folgende Formel:

Chinolin. tart. 1,0
Aq. dest.
Syr. simpl. āā 75,0
S. 3. stdl. 1 Esslf.

Das Mittel wurde im Ganzen ohne Widerstand genommen, der Preis beträgt ca. 1/5 von dem des Chinin.

Ueber 85 Fälle existiren genaue Aufzeichnungen. Unter denselben sind 9 unter 1 Jahr, 18 zwischen 1 und 2 Jahren, 10 zwischen 2 und 3 Jahren, 13 von 3—4 Jahren, 15 von 4—5 Jahren, 19 zwischen 5 und 10 Jahren, und 1 über 10 Jahren. Von diesen war 3mal die Krankheit in höchstens 1 Woche vollständig beseitigt, bei 13 Pat. innerhalb 2 Wochen, 21 mal in 3 Wochen, 19 mal bis zu 4 Wochen, 9 mal in 5 Wochen, 7 mal in 6, 7 mal in 7, 2 mal in 8, 1 mal in 10, 2 mal in 11 und 1 mal in 12 Wochen, also im Durchschnitt in etwas mehr (4,2) wie 4 Wochen erledigt. Wo die höheren Zahlen über die Dauer der Erkrankung notirt sind, finden sich in den meisten Fällen Anhaltspunkte für das scheinbare Ausbleiben der Arzneiwirkung. Entweder war die Chinolinbehandlung nicht von Anfang an durchgeführt oder es finden sich intercurrente Krankheiten notirt oder es handelt sich um hochgradig rhachitische und scrophulöse Kinder. Fast in allen Fällen war zunächst eine Milderung der Anfälle, später auch eine Ver-



ringerung der Zahl derselben bemerkbar. Der eigentliche Keuchhustencharakter schwindet schnell und gewinnt bald das Bild des einfachen Bronchocatarrhs.

Kohts (Strassburg).

---

58. **Hallopeau, Des éruptions pemphigoides d'origine jodique.** Ueber pemphigusartige Eruptionen nach Jodgebrauch. (L'Un. méd. Nr. 41.)

H. beobachtete in 2 Fällen die Entstehung eines pemphigus-ähnlichen Ausschlags nach Jodgebrauch. Die Blasen zeigten sich hauptsächlich im Gesicht, auf der Kopfhaut und an den Armen. Sie waren von wachsgelber Farbe, derb, theilweise mit einem gerötheten Hofe umgeben. Nach dem Aufstechen entleerte sich langsam eine trübe milchige Flüssigkeit, die zu gelben Krusten austrocknete. Die frisch entstandenen Bläschen waren rundlich, vergrösserten sich durch Ausdehnung oder Zusammenfliessen mehrerer benachbarter, und zeigten in letzterem Falle buchtige Contouren. Die grössten Blasen hatten einen Durchmesser von 4 cm und eine Höhe von ungefähr 1 cm. Die mikroskopische Untersuchung des Inhalts zeigte die Gegenwart weniger rother und sehr vieler weisser Blutkörperchen, theils intact, theils in verschiedenen Stadien des Zerfalls, daneben grosse Leukocyten mit einem oder mehreren Kernen und epidermoidale Gebilde. Der Sitz der Affection ist die mittlere Schicht der Lederhaut; die Wand der Blasen wird gebildet durch eine Lage gewucherter Epidermiszellen und durch die oberen Schichten der Cutis, daher ihre Festigkeit. H. findet in der Litteratur 18 ähnliche Fälle von pemphigoiden Eruptionen nach Jodgebrauch; die meisten Beobachtungen stammen aus England und Amerika.

Brockhaus (Godesberg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle,
Professor und Direktor der medicin.
Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler,
a. o. Professor
der Medicin in Bonn.

1882. **5. Mai.** **Nro. 5.**

59. **R. Koch, Ueber Tuberculose.** Referat von A. Fraenkel. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 15. 1882.)

Nachdem zu Anfang der Nr. an die früheren berühmten Arbeiten auf dem Gebiete der Pilzlehre von Robert Koch erinnert worden ist, wird auf S. 201 der Vortrag von K. in der letzten Sitzung der Berliner physiologischen Gesellschaft vom 24. März d. J. referirt. Der Pilz der Tuberculose ist gefunden!

Nach den Untersuchungen von Villemin, Klebs, Cohnheim u. A. war die infectiöse Natur der Tuberculose nicht mehr zweifelhaft und die Verbreitung derselben schien durch ein virus von corpusculärer Natur zu Stande zu kommen. Der Nachweis dieses virus fehlte aber noch.

K. wendet zur Erkennung der Pilze eine mikro-chemische Methode an. Die zu untersuchende Flüssigkeit wird in dünner Schicht auf einem Deckglas durch Erhitzen getrocknet. Dieses wird 24 Stunden lang in eine Lösung von 200 ccm Aq. dest., 2 ccm concentrirter alkohol. Methylenblaulösung und 0,2 ccm einer 10% Kalilösung ge-



legt. Auf das so gefärbte Präparat werden einige Tropfen einer Vesuvinlösung gebracht. Diese hat die Eigenschaft, das Methylenblau aus allen Gewebselementen ausser den Bacillen zu entziehen, diese bleiben blau, jene werden braunroth. Das Präparat wird weiter mit Alkohol und Nelkenöl behandelt und in Canadabalsam eingeschlossen. Zur Untersuchung dient stärkste Zeiss'sche Oelimmersion und Condensor.

Die Eigenschaft nun, das Methylenblau dem Vesuvin gegenüber zu halten und so charakteristisch hervorzuheben, war bisher nur von den Leprabacillen bekannt. Der neue Tuberkelbacillus thut es ebenfalls.

Diese Bacillen sind sehr zierliche Stäbchen von der Länge eines Drittels des Durchmessers rother Blutkörperchen. Ihre Breite verhält sich zur Länge wie 1 : 5—6. Sporen in der Form von ungefärbten glänzenden vacuolenartigen Gebilden waren in einzelnen Präparaten zu erkennen und von Vacuolen durch die spindelförmige Auftreibung des Bacillus an dieser Stelle zu unterscheiden. Diese Bacillen fanden sich am reichlichsten in frischen tuberculösen Neubildungen, am spärlichsten in dem schon verkästen Centrum älterer Miliartuberkeln. Auch in den Riesenzellen kommen sie vor, hier oft Garben bildend. Ferner in der Wand tuberculöser Cavernen, in dem Sputum von Phthisikern, in scrophulös entarteten Lymphdrüsen, fungösen Gelenken, Knoten perlsüchtiger Rinder. Um den Beweis zu liefern, dass diese Gebilde wirklich die specifischen Krankheitserreger sind, stellte K. zahlreiche Züchtungsversuche an, die glänzende Resultate lieferten.

Als Nährflüssigkeit diente sterilisirtes (nach Tyndall) und in gelatineartige Gerinnung übergeführtes Rinderblutserum. Die Sterilisirung geschieht so: ein durch Wattepfropfen abgeschlossenes, mit Serum gefülltes Reagensgläschen wird an mehreren folgenden Tagen je eine Stunde lang auf 58° C. erwärmt. Steigert man nach circa 6 maliger Wiederholung die Temperatur auf 65° so tritt die gelatinöse Gerinnung ein. Diese Gelatinelösung ist vollkommen durchsichtig und lässt die leichteste Trübung durch die wuchernden Pilze sofort erkennen. Auf diesen Nährboden wird ein kleines Stück des betreffenden Materials gebracht und in einen Wärmeschrank von 37—38° C. 10 Tage lang gehalten. Von dieser Cultur kann man weiter impfen und es verschiedene Generationen hindurch fortsetzen. Bringt man nun von diesen so gezüchteten Bacillen nur eine kleine Menge einem Thiere in die vordere Augenkammer, ins Blut oder unter die Haut, so entsteht die ausgebreitetste Tuberculose fast sämmtlicher Organe und Gewebe. Selbst Thiere, die fast immun gegen Tuberculose sind, wie Hunde und Ratten, werden davon inficirt.

Die hohe Bedeutung dieser Entdeckung ist klar. Für den Praktiker eröffnet sich die Aussicht, die Tuberculose, den ärgsten Feind des Menschengeschlechtes, im Keime zu bekämpfen.

Menche.



60. **Daniel Lewis, The Treatment of Scarlatina.** (Medical Record, 18. März 1882.)

Verfasser theilt Scharlach ein 1. in malignes Scharlach, bei welcher Form die Intoxication so intensiv auftritt, dass Patient sogleich bei dem ersten Anfalle stirbt; bei dieser Form ist Digitalis unwirksam.

2. Indirect und von vortrefflicher Wirkung ist die Digitalis bei allen unter scarlatina simplex, scarlatina anginosa zusammengefassten Formen, bei denen die Hauptgefahr im Fieber, in Gewebsdegeneration, im Katarrh der Nieren oder in parenchymatöser Nephritis besteht, wenn die Nierenausscheidung herabgesetzt oder aufgehoben ist. Die Digitalis wirkt dadurch, dass sie den arteriellen Blutdruck herabsetzt, und diuretisch und direct auf die Malpighi'schen Gefässknäuel wirkt. Verfasser empfiehlt ein starkes Infus, nicht die Tinctur, und zwar vom ersten Tage der Erkrankung an bis zum Ende der 3. Woche. Zur Unterstützung der Diurese verordnet Verfasser hauptsächlich Milchdiät. Die Haut reibt er bis zur Desquamation mit ol. olivarum ein. — Von 150 Fällen starben bei dieser Behandlung 17, darunter nur 2 an Nephritis, also 11,3 %, während der Durchschnitt der Todesfälle an Scharlach in New York City 23 % betrug.

Kohts (Strassburg).

61. **Leyden, Ueber Myocarditis nach Diphtherie.** (Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin. Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 7. 1882.)

Nachdem man in früherer Zeit den Tod bei Diphtherie nur auf die membranösen Exsudationen, die sich vom Rachen in die Trachea fortpflanzten, zurückführte, lernte man seit Trousseau auch den Tod durch Herzparalyse von dem durch Suffocation unterscheiden. Anatomisch suchte man zuerst den Grund der Paralyse in der Herzthrombose, und erklärte diese postmortalen Fibringerinnungen auf gleiche Weise entstehend wie die fribrinösen Auflagerungen in der Trachea. Auch Endocarditis wurde angenommen. Von Ranvier wurde fettige und hyaline Degeneration der Herzmuskulatur nachgewiesen und von Mosler und Rosenbach bestätigt. Diese Anschauung ist in die neuesten Lehrbücher übergegangen.

L. führt an, dass diese fettige Degeneration nicht immer vorhanden und durch die Diphtherie die veränderte Blutmischung bedingt sei, tritt der Exitus letalis nicht ein, so verschwinde sie wieder.

In 3 hierher gehörigen Fällen fand L. im Herzen deutliche myocarditische Veränderungen. Reichliche Kernwucherung um die Blutgefässe und von hier sich zwischen die Muskelfasern drängend. Ferner kleine myocarditische Heerde, in deren Bereich die Muskelsubstanz



atrophirt und ersetzt war durch Kernwucherung und Pigment. Makroskopisch wird durch diese Veränderung eine Dilatation des Herzens und so die früher beobachtete Thrombenbildung, Erweichung der Muskelsubstanz und Hämorrhagien bedingt.

Practisch sei der Nachweis der Myocarditis wichtig, insofern man sich klar machen müsse, dass man es nicht mit vorübergehenden Störungen der Ernährung bei dieser Herzschwäche zu thun habe, sondern um einen Process in der Herzsubstanz, der selbstständigen Verlauf hat und einer genauen therapeutischen Beaufsichtigung bedarf. — L. unterscheidet mit Mosler und Oertel eine Herzschwäche, die im Verlauf der Diphtherie auftritt und meistens plötzlich letal endet, und eine solche, die sich erst in der Reconvalescenz entwickelt. Letztere bietet für die Therapie viel günstigere Gesichtspunkte. Zum Schluss erinnert er an die häufige Betheiligung des Herzens bei den Infectionskrankheiten und glaubt, dass hierbei ähnliche Vorgänge vorkommen, wie bei der Diphtherie.

In der Discussion über diesen Gegenstand in der folgenden Sitzung hebt Guttmann hervor, dass einen regelmässigen Befund diese myocarditischen Heerde nicht bilden, man vielmehr auf functionelle Störungen der Herznerven zurückgreifen müsse. Friedländer hält dagegen diesen Befund für häufig, nur nicht in den durch Suffocation zu Grunde gegangenen Fällen. Hier liege die Todesursache in den Respirationsorganen.

In einer späteren Sitzung (20. Febr.) theilt Guttmann mit, dass er das Vorkommen myocarditischer Heerde bei Diphtherie jetzt bestätigen könne; er in Zukunft darauf achten werde, ob dieselben auch nachzuweisen seien, wenn der Tod durch Suffocation erfolgt sei. Auch in 2 Fällen von Septicämie hat er dieselben nachgewiesen und zwar waren die myocarditischen Heerde von den metastatischen Eiterheerden im Herzen durch den Befund von Rundzellen ohne Mikrokokken unterschieden, die in letzteren vorkamen. Litten hat myocarditische Heerde gefunden, ohne Collapszustände ante mortem constatirt zu haben und hat sie nicht gefunden trotz vorangegangenen Collapses.

Menche.

---

62. **Dr. Spitz, Ueber Polyurie in der Reconvalescenz vom Typhus abdominalis.** Aus dem Allerheiligen-Hospital zu Breslau. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. 1882.)

Verf. theilt mit, dass in der Reconvalescenz des Abdominaltyphus eine bedeutende Harnsecretion vorkommt, eine Thatsache, die zwar nicht unbekannt, aber in die bekanntesten Handbücher noch nicht aufgenommen sei. Nach einem Fall von Typhus abdominalis, complicirt durch Darmblutung, Decubitus und spontaner Gangrän des Praeputium, der in der Reconvalescenz als Tagesquantität eine Urinmenge von



6000—8000 ccm ausschied, wurde bei allen Abdominaltyphen auf das Verhalten der Urinmenge geachtet und bei etwa der Hälfte der Fälle starke Polyurie nachgewiesen, besonders bei den durch Complikationen protrahirten Erkrankungen. Der Urin ist von hellgelber Farbe, ganz klar, frei von Zucker und Eiweiss und ohne alle mikroskopischen Befunde. Spec. Gew. in Verhältniss des Steigens der Urinmenge verringert. Gleichwohl die Gesammtmenge der festen Bestandtheile vermehrt (108 : 70 gr).

Die Polyurie reicht vom Stadium der steilen Curven bis in die 5. oder 6. Woche der Reconvalescenz. Auch bei künstlich erzeugten starken Intermissionen ist die Urinmenge gesteigert. Dem Symptom ist eine günstige Bedeutung beizumessen. Ein Grund für dieselbe ist nicht aufzufinden. Es fehlte eine Hypertrophie des linken Ventrikels. Radialpuls war nicht gespannt. Es bleibt nur übrig, dieselbe als dem Typhusagens eigenthümlich anzunehmen. Bei keiner andern acuten Krankheit wird dies Symptom beobachtet.

Menche.

---

63. **Lewis S. Pilcher** (Brooklyn, N.-Y.), **Care of the Trachea after its Incision for the Relief of Croup.** Schonung der Trachea nach Tracheotomie. (The Medical Record 1. April 1882. Read before the New York Surgical Soc. 24. Januar 1882.)

Redner theilt seine Erfahrungen über Tracheotomieen mit, die er in 6 Jahren 33 Mal und zwar 13 Mal mit Erfolg ausgeführt hat. Als die Hauptschädlichkeit in der Nachbehandlung sieht Redner die Anwendung von Canülen an, welche in den meisten tödtlich verlaufenen Fällen, wie die Section ergab, Druckspuren an der vordern und hintern Wand hinterlassen hatten. Zweitens wirken die Canülen nach dem Verfasser noch insofern schädlich, als sie die vordere Wand auseinanderspreizen und dadurch zugleich die hintere Wand nach dem Lumen der Trachea vorbuchten. Falls die Anwendung von Canülen nur eine kurze Zeit dauert, gleicht sich die Vorbuchtung der hintern Wand bald wieder aus; lagern sich aber Entzündungsproducte auf der hintern Wand ab, wie es bei längerer Heilungsdauer fast regelmässig vorkommt, so bleibt die Vorbuchtung bestehen und die Patienten leiden Zeitlebens an Suffocationserscheinungen. Um dies zu vermeiden räth Verfasser, wie er es in 2 Fällen mit bestem Erfolg ausgeführt hat, ein Stück aus der vordern Wand der Trachea herauszuschneiden; auf diese Weise würde sicher die Einbiegung der hintern Wand vermieden. — Ueberhaupt stellt Redner als das Hauptdesiderium auf, bei Tracheotomieen die Canülen, welche in vielen direct den Tod verursachten, ganz wegzulassen, es genüge vollständig, um eine hinreichende Oeffnung für die Athmung zu schaffen, wenn man die Schleimhaut der Trachea mit der äussern Haut vernäht.



Aus der Discussion ist hervorzuheben, dass Dr. Post mit bestem Erfolg in 2 Fällen, wo er die Tracheotomie einer andern Operation vorausschickte, keine Canülen anwandte, sondern rechts und links durch Trachea und Haut je einen Faden zog und diese Fäden im Nacken verknüpfte. In beiden Fällen war es leichter, die Oeffnung von Verstopfung frei zu halten als vor dem Gebrauch der Canüle.

Dr. Little empfiehlt Canülen aus Aluminium, welche leichter, billiger seien und weniger leicht vom Secret angegriffen würden als silberne. — Dr. Fowler verwirft die gefensterten Canülen, welche häufig Ulcerationen und tödtliche Hämorrhagieen, wie Redner selbst gesehen hat, verursachten.

Kohts (Strassburg).

---

64. **Queiss, Ein seltener Ausgang einer Pneumonie in Abscessbildung.** (Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 13.)

Ein ziemlich kräftiger Soldat erkrankt an Pneumonie des r. Oberlappens; im Verlaufe dieser Erkrankung stellte sich eine Anschwellung um die r. Schultergegend ein, die sich nach Lösung der Pneumonie weiter nach vorn und unten zu ausbreitete. Mit dieser Ausbreitung der teigigen Anschwellung ging einher rasche Abnahme der Kräfte, Athemnoth; bei der Respiration bewegte sich die r. Seite fast gar nicht. Schliesslich fühlte man Fluctuation über der sehr schmerzhaft gewordenen Geschwulst, Druck auf dieselbe steigerte die Athemnoth ganz bedeutend. Im weitern Verlaufe wurden eitrige Sputa ausgehustet, so dass nicht länger ein Zweifel blieb für die Annahme eines Lungenabscesses.

Es wurde in der Höhe der 7. Rippe ein Einschnitt auf die Geschwulst gemacht, reichlich erst gelber, später blutig gefärbter Eiter entleert.

2 Stunden nach der Operation stellte sich eine heftige Blutung aus dem Munde ein und gleichzeitig wurde reichlich hellrothes Blut ausgehustet, der blutige Auswurf dauerte fast 8 Tage lang, die Blutung aus dem Munde war schon nach einigen Stunden gestillt. Vom 8. Tage wurden nur noch braungefärbte Sputa ausgehustet. Die Kräfte nahmen rasch zu, Pat. fühlte sich wohl, das Körpergewicht stieg an, der allgemeine Ernährungszustand war befriedigend.

Eine Unterbrechung erfuhr der Heilungsvorgang durch eine hinzutretende Pleuritis, doch konnte schon 1 Monat nach der Operation die völlige Wiederausdehnung der r. Lunge constatirt werden.

Seifert (Würzburg).



65. **Dr. W. Hertz, Ueber die Behandlung der Empyeme bei phthisischen Individuen mittelst Punction und permanenter Aspiration.** (Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 11. 1882.)

In der neueren Literatur, so von Fräntzel in Ziemssen's Handbuch und Senator in der Frerichs-Leyden'schen Zeitschrift wird der Grundsatz geltend gemacht, eine Radicaloperation eitriger Exsudate bei Lungenphthise nicht vorzunehmen, sich vielmehr darauf zu beschränken, bei Indicat. vitalis ein Theil des Exsudats abzulassen.

Nach den Erfahrungen von H. auf der Abtheilung des Herrn Direktor Curschmann haben die Misserfolge ihren Grund in der angewandten Methode. Als ungeeignet muss in obigen Fällen zunächst der Brustschnitt bezeichnet werden, sowohl durch den künstlich gesetzten Pneumathorax, als durch das ungenügende Ausdehnen der afficirten Lunge.

Von Senator ist speciell für diese Fälle eine Behandlungsmethode empfohlen worden, welche in theilweiser Entleerung des Exsudats mittelst Punction besteht. Hierfür lässt man eine geringe Menge dünnes warmes Salicylwasser einlaufen. Nach wenigen Tagen wird dieses einmal oder öfters wiederholt. Die Pleura soll hierdurch allmählig entlastet und das Exsudat durch Verdünnung leichter resorbirt werden.

H. glaubt, dass sowohl bei dieser Methode als bei einfacher Punction mit nachfolgender desinficirender Ausspülung (Bätz) das Exsudat sich wiederansammeln und hierdurch die Function der noch gesunden Lungenparthien beeinträchtigen werde. Das bestehen bleibende Fieber würde eine etwaige Ausheilung der Lungenaffektion selbst verhindern.

H. empfiehlt folgendes im Hamburger Krankenhaus geübte Verfahren:

Bei Gelegenheit der Punction wird ein Nélaton'scher Katheter durch die Troicartcanüle in die Pleurahöhle eingeführt, derselbe durch einen luftdicht schliessenden Watte-Collodiumverband an der Thoraxwand befestigt und mit einem längeren Heberschlauche in Verbindung gesetzt, der das sich sammelnde Secret unter desinficirender Flüssigkeit zum stetigen Abfluss bringt. Dieses Hebersystem bleibt in beständiger Thätigkeit und übt eine permanente Aspiration aus.

Dieses Verfahren ermöglicht eine schnelle Wiederausdehnung der betreffenden Lunge, vermeidet das Entstehen eines Pneumothorax und der Eingriff ist der einer Punction gleichzustellen.

Menche.



66. **Zahn, Ulcères simples de l'oesophage et du duodénum; Anémie pernicieuse symptomatique avec globules sanguines rouges à noyaux.** Einfache Geschwüre des Oesophagus und des Duodenum; symptomatische perniciöse Anämie mit kernhaltigen rothen Blutkörperchen. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 3.)

Ein 46jähr., dem Trunke sehr ergebener Mann erkrankte an Appetitlosigkeit, heftigen, krampfartigen Magenschmerzen und hartnäckigem Erbrechen. Da diese Erscheinungen jeder Behandlung trotzten und sich im Laufe der Zeit Blutbrechen einstellte, wurde er im October 1881 ins Hospital aufgenommen. Stat. praes.: Starke Abmagerung, Haut und sichtbare Schleimhäute sehr blass, Puls klein und frequent, an der Herzspitze ein anämisches Geräusch. Die physikalische Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergab nichts abnormes, der Druck aufs Epigastrium war schmerzhaft. Der Zustand besserte sich, hauptsächlich in Folge der geregelten Lebensweise im Hospital, schnell, so dass Pat. am 15. Nov. entlassen werden konnte. Da er aber sofort seine früheren Excesse wieder begann, traten bald die beschriebenen Erscheinungen wieder ein und Pat. kam am 11. Dec. aufs neue ins Hospital, noch abgemagerter und blasser wie beim ersten Mal. Sein Blut hatte eine rosige Färbung, die Zahl der rothen Blutkörperchen war auf 950000 in 1 cmm gesunken. Am 23. Dec. Exitus. Aus den Ergebnissen der Autopsie ist zu erwähnen: Starke allgemeine Blutleere, im Magen beträchtliche Mengen einer schwärzlichen Masse (zersetztes Blut), ebenso im Duodenum. Ungefähr 15 mm über dem Pylorus ein rundes Geschwür mit scharfen Rändern, 15 mm Durchmesser und 5 mm Tiefe, dessen Grund durch ein hartes, weissliches Gewebe (Kopf des Pankreas) gebildet wird. Das Lumen des Duodenum an dieser Stelle stark verengt. Im Oesophagus findet sich, unmittelbar über der Cardia und etwa 8 cm in die Höhe reichend, ein ringförmiges Geschwür, dessen Grund zum grössten Theil von der Muskelschicht des Oesophagus gebildet wird; nur an einer Zweifrancstück grossen Stelle rechts und vorn ist auch die Muskelschicht zerstört und der Grund des Geschwürs durch verdicktes Bindegewebe gebildet. Hier finden sich ebenfalls schwärzliche Massen und im Centrum eine kleine, ovale Oeffnung, durch welche eine feine Sonde eine Strecke weit nach unten vordringt (eröffnete Vene). Die Schleimhaut der Cardia bildet eine ringförmig vorspringende Falte. Die Herzmuskulatur zeigt streifige, fettige Entartung. Die Leber etwas cirrhotisch. Die Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen sehr klein und bleich. Das Mark des Femur vollständig gelb, das des Sternum und der Rippen roth und stark entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung ergab in dem den Grund und die Umgebung der Geschwüre bildenden Gewebe eine starke Infiltration mit embryonalen Zellen. Das Blut hatte eine blasse Farbe und war sehr wässerig, die Zahl der weissen Körperchen nicht vermehrt, die rothen hatten blassgelbe Farbe, unter ihnen bemerkte man viele kernhaltige, in der Milz und im arteriellen Blut weniger als im venösen. Diese Körperchen waren bald grösser, bald kleiner als die gewöhnlichen rothen, ihr Kern lag immer excentrisch.



Ihre Zahl war sehr gross im Knochenmark, wo auch solche mit zwei excentrisch gelegenen Kernen vorkamen.

Verf. erwähnt die Seltenheit dieser Form von Geschwürsbildung im Oesophagus (Ulcus ex digestione, Quincke) und referirt kurz die in der Litteratur verzeichneten Fälle. Er findet die Ansicht von Ehrlich bestätigt, dass kernhaltige rothe Körperchen bei allen Formen schwerer Anämieen, gleichgültig ob sie traumatisch oder essentiell sind, sich im Blute finden. Auch zweifelt er nicht, dass sich die gewöhnlichen rothen Körperchen aus den kernhaltigen, sei es durch Auflösen oder durch Austritt des Kernes bilden, und dass Letztere, während sie sich im Knochenmark immer finden, ins Blut nur dann übergehen, wenn der Verlust oder die Zerstörung der rothen Blutkörperchen eine excessive ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

67. **Nothnagel, Zur Klinik der Darmkrankheiten.** (Zeitschrift f. klin. Med. IV. p. 622[1])).

III. Abtheilung.

Die in der 3. Abtheilung enthaltenen Untersuchungen über die Erkrankung des Darmkanals beziehen sich auf die atrophischen Zustände derselben, insbesondere bei Erwachsenen.

Anatomisches.

Bei der Besprechung der anatomischen Verhältnisse betont Verf. zunächst, dass eine Atrophie in jeder Schicht der Darmwand eintreten könne, dass ferner eine Atrophie der ganzen Darmwand in allen Schichten zugleich, sowie auch aus einzelnen Lagen und Bestandtheilen derselben möglich sei. Der Uebersichtlichbeit wegen erscheint es Verf. zweckmässig, jede Schicht gesondert zu besprechen. Zur Untersuchung wurde jeder Darm von allen zur Section aus den Kliniken kommenden Gestorbenen verwendet, gleichgültig ob während des Lebens Erscheinungen seitens des Darmes bestanden hatten oder nicht; die Methode der Untersuchung war die allgemein bekannte der mikroskopischen Untersuchungen. Bezüglich der angeführten Literatur und der Kritik derselben durch N. muss auf das Original verwiesen werden.

a. Epithelialschicht. Im Dickdarm wurden niemals auf der freien Schleimhaut Epithelien aufsitzend gefunden, und auch im Jejunum und Ileum finden sich dieselben nur ganz ausnahmsweise und in kurzen Abschnitten. Dagegen zeigt sich der Darminhalt, besonders da wo derselbe keine fäculente Beschaffenheit hat und aus Schleimmassen besteht, dicht erfüllt von theils isolirten, theils zusammenhan-

1) Vergl. dieses Centralbl. II p. 265 u. 698.

genden Epithelien. Diese Desquamation des Epithels, die man so regelmässig mit und ohne Darmerkrankung trifft, muss als einfaches postmortales Phänomen angesehen werden. Der Beweis für diese Annahme wird durch einige Controlexperimente geliefert und dabei ferner festgestellt, dass die Ablösung bereits 6 Stunden nach dem Tode eintritt. Mit pathologischen Zuständen hat dieser Epithelmangel nichts zu thun; auf die histologischen Veränderungen geht N. nicht näher ein, da es ihm hier nur auf den Mangel, den Schwund der Epithelien ankommt.

b. Eigentliche Mucosa. Die atrophischen Veränderungen dieser Schicht sind die weitaus häufigsten und auch functionell bedeutungsvollsten; hierbei hat N. nur diejenigen Atrophien im Auge, welche mit ulcerativen Vorgängen gar nichts zu thun haben und ohne jede Beziehung zu solchen sich entwickeln. Zur Beurtheilung des Grades der Atrophie stellt er die durch zahlreiche Untersuchungen verschiedener Forscher gefundenen Normalmaasse der Drüsenlänge und Schleimhautdicke, zunächst für den Dickdarm, den bei Atrophie der Schleimhaut gefundenen Zahlen gegenüber und führt einige durch Abbildung mikroskopischer Präparate veranschaulichte Beispiele von Atrophie verschiedenen Grades der Dickdarmschleimhaut an, deren hochgradigste ausser bedeutender Verschmälerung und vollständiger bindegewebiger Degeneration der Mucosa gänzlichen Mangel der Lieberkühn'schen Drüsen darbietet. In weniger vorgeschrittenen Formen von Atrophie, wo der Process jüngeren Datums ist, stellt sich das Bild so dar, dass die Drüsen wohl auch stellenweise fehlen, während dazwischen wieder Stellen sind, in denen eine übriggebliebene Drüse, im Begriff auszufallen sich findet oder der abgeschnürte Rest einer solchen; — die atrophirte Mucosa besteht hier ebenfalls ausschliesslich aus Bindegewebe, in dem sich jedoch reichlichere Rundzellen finden wie in den vorgeschrittenen Fällen; auch sind Formen bekannt bei denen die Solitärdrüsen nicht vollständig zu Grunde gegangen sind, sondern als ganz kurze, abgeschnürte Reste von dem freien Darmlumen durch Bindegewebe getrennt meist unmittelbar auf dem Brücke'schen Muskel aufliegen; — ihre functionelle Bedeutung kommt dabei dem vollständigen Schwunde gleich, da die Communication mit dem Darmlumen unterbrochen ist.

Viel seltener als die oben erwähnte Atrophie der Lieberkühn'schen Drüsen ist nach des Verf.'s Erfahrung die vielfach besprochene, in Folge von Darmkatarrhen auftretende cystische Erweiterung derselben. Ob das wie in allen andern auch gesunden Fällen fehlende Epithel schon bei Lebzeiten abgestossen war, lässt Verf. unentschieden.

Im Dünndarm gestaltet sich das Wesen des Processes ebenso, wie im Dickdarm; doch konnte Verf. über die Grössenverhältnisse der Mucosa keine so genauen Maasse eruiren, wie im Dickdarm. Die anatomische Structur der Dünndarmschleimhaut, die Anwesenheit der Zotten, der dadurch bedingte Wechsel in der Höhe der Schleimhaut macht eine genaue Maassnahme unmöglich. Die Zotten verhalten sich im Allgemeinen analog den Lieberkühn'schen Drüsen; sind diese atrophisch, so sind es die Zotten auch; sie sind dann schmal, verkümmert, haben fast gar keine Zellen oder Zellenkerne, bisweilen mit

Körnchen angefüllt (fett?) — und können, wenigstens in vorgeschrittenen Fällen, über grössere Strecken auch ganz fehlen. Bisweilen trifft man auch Bilder, z. B. bei der Tabes mesaraica des Kindes, wo die Zotten stärker ergriffen erschienen als die Lieberkühn'schen Drüsen, immer als wären diese letzteren in erheblichem Grade mitbetheiligt.

Das makroskopische Aussehen der atrophischen Schleimhautparthien unterscheidet sich im Dickdarm kaum von dem des normalen Darms; höchstens erkennt das geübte Auge bei sorgfältigem Untersuchen, dass die Darmoberfläche ganz glatt und gleichmässig aussieht ohne jede Spur von Verhärtung. Im Dünndarm ist die Beurtheilung in den Fällen leichter, wo auf einer Strecke alle Zotten fehlen, ganz unmöglich aber, wo dieses nicht zutrifft.

Die Verbreitung der Schleimhautatrophie über die einzelnen Darmabschnitte ist keine gleichmässige, im Allgemeinen häufiger im Dickdarm, und hier hauptsächlich häufig im Cöcum, dann in absteigender Reihenfolge kommt das Colon ascendens und der unmittelbar an der Bauhin'schen Klappe gelegene, unterste Theil des Ileum; dann folgt der übrige Dickdarm und zuletzt die höhergelegenen Parthien des Ileum; das Jejunum ist nur sehr selten betheiligt. In ganz vereinzelten Fällen fand sich die Schleimhaut des ganzen Dickdarms des Ileums bis zum Uebergang in das Jejunum atrophisch, dagegen sind auch oft mehrere Stellen ergriffen, die nicht unmittelbar aneinandergrenzen, während die dazwischen liegenden Parthien ganz frei, oder Sitz eines Catarrhs sind.

Betreffs der Häufigkeit der Darmatrophie fand N. dieselbe bei 80% aller untersuchten Fälle bei Erwachsenen; bei Kindern sind die Zahlen geringer.

Betreffs der Entstehung der Schleimhautatrophie hält N. dieselbe für die Wirkung einfacher catarrhalischer Zustände, bei denen durch die Vermehrung der Rundzellen in den Interstitien der Drüsen und längs deren Fundus oberhalb des Brücke'schen Muskels, die Drüsen weiter von einander und von ihrer Basis abgedrängt und schliesslich aus der Mucosa herausgestossen werden. Ihre Stelle wird durch Rundzellen führendes Bindegewebe ausgefüllt; bei weiterem Verlauf wird die Zahl der Rundzellen geringer und es tritt Schrumpfung des Bindegewebes ein. Der Drüsenschwund kann auch dadurch zu Stande kommen, dass die Drüsen durch das wuchernde Bindegewebe vom Darmlumen abgedrängt, der Atrophie verfallen.

Die Zeit, welche hierfür erforderlich, kann eine ganz kurze sein; es genügen hierfür schon subacute und acute Catarrhe. Beweise für eine Regeneration der ihrer Drüsen beraubten Stellen liegen kaum vor. Der Grund dafür, dass das Cöcum und unterste Ileum die häufigsten Stellen sind für die Schleimhautatrophie, glaubt Verf. darin suchen zu müssen, dass die gewöhnlichen aus irgend einer nicht näher zu bezeichnenden Ursache hervorgehenden Catarrhe in diesen Darmabschnitten mit besonderer Häufigkeit und Heftigkeit sich localisiren. Schliesslich betont Verf. ausdrücklich, dass er keineswegs der Meinung sei, jeder Catarrh ohne Ausnahme müsse eine Schleimhautatrophie mit Drüsenatrophie zur Folge haben; der Grund, warum die Drüsenatrophie in einzelnen Fällen fehlen kann, ist Verf. geneigt darin zu vermuthen,

dass vielleicht zur Entwicklung der Drüsenlockerung und ihres Ausfallens ein mehr acuter Beginn des Processes nöthig ist, und es nicht dazu kommt, wenn der Process langsam und schleichend sich ausbildet.

Die Entstehung von Schleimhautatrophie aus anderen Ursachen (Carcinom, Bronzekrankheit, Saturnismus), wie sie von andern Forschern beobachtet wurden, glaubt Verf. zunächst auf einen diese Leiden begleitenden Darmcatarrh zurückführen zu können.

c. Submusosa. Bei dem ausserordentlichen Wechsel dieser Schicht der Darmwand und ihren Durchmessern schon im Normalzustand, können nur die äussersten Grade der Dickdarmveränderung derselben nach der einen oder andern Seite hin mit einiger Sicherheit als pathologisch betrachtet werden. Verf. fand aus zahlreichen Messungen bei Erwachsenen als allgemein durchschnittliche Ziffern 0,25—0,6 mm für die Submucosa des Dünndarms, für die des Dünndarms 0,35—0,75 mm. Ausgesprochene Atrophie der Submucosa gehört zu den Seltenheiten, selbst bei hochgradigem Schwunde der Mucosa; — als einzige Veränderung findet sich neben etwaiger leichter Verschmälerung der submucösen Schicht eine gewisse Menge von Rundzellen, besonders um die Gefässe und längs des Brücke'schen Muskels angehäuft.

d. Follikel. Die Frage ob ein einfacher Schwund, eine Atrophie der Follikel abhängig von jedem Ulcerationsprocess vorkomme, wurde sowohl betreffs der Tabes mesaraica des Kindes, wie auch betreffs ähnlicher Erkrankungen Erwachsener von verschiedenen Forschern verschieden, z. Th. in entgegengesetztem Sinne beantwortet. Für das Verhältniss bei Erwachsenen (mit der Tabes mesaraica des Kindes hat er sich weniger befasst) kam N. zu dem Schlusse, dass eine primäre, isolirte Atrophie des Follikelapparates, ohne ulceröse Vorgänge und ohne gleichzeitige Betheiligung anderer Darmschichten äusserst zweifelhaft sei. Dagegen fand er bei hochgradigem Schwunde der Schleimhaut vielfach die Follikel durchaus wohl erhalten, sowohl der Zahl wie der Grösse nach.

e. Muskelschicht. Hier ist die Rede ausschliesslich von der Muskelhaut, der Ring- und Längsmuskulatur des Darmes; wenn die Muscularis mucosae gemeint ist, wird dies besonders bemerkt. Verf. bespricht zunächst die von ihm gefundenen Normalmaasse für die Stärke der Muscularis im Dick- und Dünndarm und kommt dann auf die durch Messungen festgestellte Abweichung von diesem Maasse bei den verschiedenen Darmaffectionen.

Bei allgemeiner Cachexie (in Folge von Phthise, Carcinom etc., Typhus), wobei keine Schleimhautatrophie und keine Catarrhe bestanden, kam N. zu dem Schlusse, dass selbst bei hochgradig Cachectischen, bei denen die quergestreifte Körper-Musculatur in bedeutendem Grade geschwunden war, keine Atrophie der Darmmuscularis eintritt. Wo in solchen Fällen Atrophie der Muscularis sich fand, bestanden auch sonst anderweitige Veränderungen (Catarrhe, Schleimhautatrophie) im Darm.

Bei chronischem Catarrh ohne Atrophie der Mucosa wechselt das Dickenverhältniss der Muscularis. Bei gewöhnlichen, primären chronischen Catarrhen wurden nur selten Abweichnngen von der Norm gefunden, und wenn solche sich fanden, eher Hypertophie.

Bei Stauungscatarrhen (im Gefolge von Herzkrankheiten, Lungenemphysem) pflegt besonders bei längerer Dauer des Zustandes meist auffällige Hypertrophie der Muscularis zu Stande zu kommen.

Auch bei Schleimhautatrophie zeigt die Muscularis kein regelmässiges Verhalten, doch ist für die Mehrzahl der Fälle zutreffend, dass die Muscularis gewöhnlich unter dem normalen Maasse zurückbleibt, wenngleich zwischen den Graden beider nicht immer ein proportionales Verhältniss besteht. Beispiele hierfür sind im Original nachzusuchen. Ausser der Verringerung der Gesammtdicke lässt die atrophische Musculatur für die gewöhnliche Untersuchung keine bemerkenswerthen Eigenthümlichkeiten erkennen. Eine sichere Erklärung, wie die Muskelatrophie zu Stande kommt, zu geben, sieht sich Verf. zur Zeit noch ausser Stande.

Zuweilen kommt selbstständige Atrophie der Muscularis bei sonst normalem Darm vor, und erscheint dieselbe in klinischer Beziehung von erheblicher Wichtigkeit. Der allgemeine Zustand der davon betroffenen Individuen ist bis zum Tode, der etwa durch eine acute Krankheit erfolgt, ganz gut, die Körpermusculatur gut entwickelt. Ausser dem Zurückbleiben unter den Durchschnitts- oder Minimalmaassen der Darmmuscularis findet sich keine erhebliche Läsion der Darmwand. Verf. ist geneigt, diese Erscheinung als angeborene Hypoplasie aufzufassen.

Eine ziemlich seltene Veränderung ist die fettige Entartung der Muscularis. N. fand dieselbe unter 50 darauf untersuchten Leichen nur 3mal, dabei erhielt er den Eindruck, dass dieselbe als eine selbstständige Veränderung angesehen werden müsse, und in keiner Beziehung zu Darmkatarrhen stände. Zu bemerken ist dabei noch, dass bei diesen Veränderungen die äussere, die Längsfaserschicht allein, aber in höherem Grade ergriffen ist, als die innere, die Ringfaserschicht, und dass dabei auch die Muscularis der Submucosa, der Brücke'sche Muskel ebenfalls die Fettentartung zeigt.

Klinisches.

Es ist schwierig bestimmte Antworten auf die Frage zu geben, welche klinischen Symptome durch die verschiedenen besprochenen anatomischen Veränderungen des Darmkanals veranlasst werden, z. B. ob es möglich ist, diese letzteren aus bestimmten Krankheitserscheinungen zu diagnosticiren.

Da isolirt auftretende Veränderungen der Epithelien, der solitären Follikel und Peyerschen Plaques, wie oben ausgeführt, nicht vorzukommen scheinen, so ist von diesen Veränderungen auch kein Krankheitsbild zu erwarten; ferner ist zu bemerken, dass die umschriebenene Atrophie im Cöcum und dem untersten, dicht über der Klappe gelegenen Theil des Ileum ganz latent und symptomlos verlaufen kann; ebenso werden in Rücksicht auf die physiologischen Functionen der Schleimhaut des übrigen Dickdarms, von einer selbst weit verbreiteten Atrophie derselben keine erheblichen Störungen eintreten. Die hauptsächlichsten Vorgänge im Dickdarm betreffen die Resorption, vor allem die des Wassers; aus Atrophie der Dickdarmschleimhaut werden in Folge dessen, wenn überhaupt, nur solche Symp-

tome veranlasst, die sich auf den Darminhalt beziehen und welche aus den Stuhlentleerungen erkenntlich sind. Solche Stuhlentleerungen, bei welchen die Section Atrophie der Dickdarmmucosa ergab, boten zwei Eigenthümlichkeiten dar: sie waren bei täglich nur einmal oder noch seltener erfolgendem Stuhl nicht fest, geballt, sondern weich, breiig, und ferner fehlte jede Schleimbeimengung oder wenigstens jede solche, wie sie bei Dickdarmcatarrhen vorkommt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass jene Fälle ausgeschlossen werden müssen, bei welchen die dünne, weich-breiige Stuhlentleerung noch Beimengung von Fett, Pflanzenbestandtheilen und Schleim enthalten; betreffs des Schleimes ist noch zu bemerken, dass reiner Schleim oder mit Schleim überzogene Kothballen nicht erscheinen können bei Atrophie der Dickdarmschleimhaut, dass aber mit der Fäcalmasse inniggemengter Schleim vorkommen kann, bei gleichzeitig bestehendem Catarrh des Ileum.

Bei Atrophie der Dünndarmschleimhaut macht sich eine erhebliche Rückwirkung auf die Verdauung und die Resorption der Nahrungsstoffe geltend; insbesondere ist die letztere in hohem Grade beeinträchtigt und dürften allgemeine Ernährungsstörungen, kachektische Zustände die Folge davon sein. Hierbei ist jedoch zu bemerken, dass der bis jetzt bestehende Mangel an unzweideutigen Beobachtungen die Aufstellung eines Krankheitsbildes bezw. die Diagnose der reinen Dünndarmatrophie bei Erwachsenen noch nicht gestattet.

Besonderes klinisches Interesse beansprucht die Atrophie der Muscularis; es wurde oben bemerkt, dass dieselbe nicht gleichen Schritt hält mit den andern Schichten der Darmwand, kann somit auch nicht in das klinische Bild derselben eingereiht werden. Die Haupterscheinungen der Atrophie der Muscularis des Dickdarms ist die mangelhafte Leistungsfähigkeit derselben, die sich als habituelle Obstipation äussert, und da diese Veränderung auch ganz selbstständig auftreten kann ohne Betheiligung der übrigen quergestreiften Körpermuskulatur, so wird man unter die ursächlichen Momente der sog. habituellen Obstipation, selbst bei Individuen mit durchaus kräftiger Körpermuskulatur das Bestehen einer selbstständigen primären Atrophie der Dickdarmmuscularis aufnehmen können. Zweifelhaft ist dabei freilich, ob man gerade diese Ursache im einzelnen Falle wird diagnosticiren können.

Engesser (Freiburg i. B.).

---

68. **Charles A. Hart, A Case of profound uraemic poisoning in an Infant, due to an elongated and contracted Prepuce.** Urämie bei einem Kinde durch Verlängerung und Verwachsung des Praeputium. (Medical Record, 21. I. 1882.)

Verfasser wurde zu einem neugeborenen, schlecht entwickelten Kinde gerufen, welches nur schwer uriniren konnte. Es zeigte sich



bei der Untersuchung, dass das Präputium sehr lang und die Urethralmündung sehr fein war. Man entschloss sich zur Beschneidung, welche jedoch bis zur Beendigung des Wochenbettes verschoben wurde. 8 Tage später wurde Verfasser wiederum zu dem Kinde gerufen. Das Kind, tief soporös, mit weiten Pupillen, mit kleinem, fadenförmigem Pulse, mit gedunsener Haut, hatte in 24 Stunden keinen Urin gelassen. Die Palpation des Leibes ergab eine Ausdehnung der Blase bis über den Nabel. Durch Druck auf die Blase („the act of percussion") wurden 180 Gramm Urin entleert. Sofort wurde die Circumcision gemacht und die Verwachsungen zwischen Glans und Präputium gelöst. Nach wenigen Stunden hatte sich der Zustand des Kindes gebessert, doch dauerte es zwei Tage, bis alle urämischen Symptome verschwunden waren.

Da Verfasser noch einen Fall von Urämie combinirt mit Convulsionen aus derselben Ursache gesehen hat, so nimmt er an, dass Abnormitäten des Präputium oft Convulsionen und nervöse Erkrankung der Kinder erzeugen.

Kohts (Strassburg).

---

69. **Soltmann, Statistischer Krankenbericht der stationären Klinik und Poliklinik des Wilhelm-Augusta-Hospitals in Breslau nebst klinischen Bemerkungen.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift Nr. 7, 1882.)

Indem in Bezug auf die Statistik auf das Original verwiesen wird, finden hier nur die allgemein interessirenden klinischen Bemerkungen Berücksichtigung. Zunächst die Erfahrungen, welche Verf. mit dem Pilocarpin gemacht hat. Mit demselben wurden sämmtliche Fälle von Scharlach, Diphtheritis und Nephritis behandelt, und zwar 0,005—0,01 subc., weil auf diese Weise eine promptere Wirkung als bei interner Darreichung erzielt wurde.

Nach S.'s Erfahrungen ist der Werth des Präparates nur ein symptomatischer. Vortreffliche Resultate leistete es bei 3 Kindern, welche mit schwerer Diphtherie und verkapptem Scharlach unter furibunden Delirien und excessivem Fieber erkrankt waren. Das Fieber sank schnell, das Exanthem kam alsbald zum Vorschein, die cerebralen Symptome schwanden. Ebenso gute Dienste leistete es bei verzögertem Scharlachexanthem mit cerebralen Störungen. Bei „allen" Fällen genuiner Diphtherie bewirkte es in wenigen Tagen eine Abstossung der Membranen; eine Wiederbildung derselben konnte nicht ganz vermieden werden, wenn nicht zugleich desinficirende Gurgelwässer gereicht wurden. Die schweren Fälle gingen allerdings auch unter dieser Behandlung zu Grunde. Eine specifische Wirkung sei



dem Medicament weder bei Scharlach noch bei Diphtherie zuzuschreiben. — Was die Nephritis anbetrifft, so wirke es bei den schon in der exanthematischen Periode auftretenden Formen eher schädlich als nützlich, sei dagegen bei den Spätformen im Desquamationsstadium zu empfehlen. Allerdings sei auch hier bei hochgradigen hydropischen Ergüssen wegen zu befürchtendem Lungenoedem und Herzparalyse Vorsicht nöthig. Die Pil.-Lösung ist stets nur frisch bereitet anzuwenden. — Ein Fall von Compressionsmyelitis bei Spondylitis dorsalis mit Scoliose wurde in 7 Wochen geheilt. Die Behandlung bestand in Ruhe, Extension, später Gypscuirass.

Eine Hemiatrophia facialis progressiva ist deshalb interessant, weil sich die Atrophie auch auf die linke Thoraxhälfte und die linke obere Extremität erstreckte. Die galvanische Behandlung war ohne Erfolg. — Unter den Choreafällen, welche im Allgemeinen mit Fowler'scher Solution behandelt wurden, verdient ein Fall Erwähnung. Ein 7jähriges Mädchen war von der Treppe herab auf das rechte Scheitelbein gefallen. Darauf zuerst Convulsionen, dann Lähmung der linken Extremitäten; dieselbe ging zuerst, und es stellte sich Chorea ein, mit vorzugsweiser Betheiligung der linken Körperhälfte. Am rechten Scheitelbein bestand eine grosse Impression. Ausser Abnahme des Gedächtnisses und intermittirender Kopfschmerzen keine cerebralen Störungen. Die Behandlung bestand 4 Wochen lang in Arsen, Eisen, Bädern, galvanischem Strom ohne jeden Erfolg. In Frage käme die Trepanation. — Zur Behandlung des Brechdurchfalls empfiehlt Verf. dringend das Resorcin, 0,1—0,2 pro die in Solution. Bei dieser Behandlung sei im Jahre 1880 die Mortalität 15,4 %, 1879 bei Anwendung des Natr. benz. 20 %, 1878 mit den bis dahin gebäuchlichen Mitteln dagegen 34,7 % gewesen.

Kohts (Strassburg).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **12. Mai.** **Nro. 6.**

70. **E. Leyden, Ueber Herzaffectionen bei der Diphtherie.** (Ztschr. f. klin. Med. IV, S. 234.)

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die Wandlungen, welche die Anschauungen über den Zusammenhang der Diphtherie mit Herzaffectionen und deren Beziehungen zu den einzelnen Symptomen, besonders zu dem oft im Gefolge der Diphtherie plötzlich auftretenden Tod, durchgemacht, theilt L. die Resultate seiner Beobachtungen und Untersuchungen mit, welche in 3 Fällen von Diphtherie, die unter den Erscheinungen der Herzparalyse gestorben waren, angestellt wurden. Die Krankengeschichten, der jeweilige makro- und mikroskopische Befund sind in Wort und Bild eingehend ausgeführt, und bezwecken diese Mittheilungen die Kenntnisse von den Herzaffectionen bei Diphtherie sowohl in ihrem pathologischen Verhalten, als in ihren klinischen Erscheinungen zu vervollständigen und zu erweitern.



Diese Untersuchungen ergaben, „dass bei Diphtherie eine acute typische Myocarditis vorkommt, characterisirt durch intermusculäre Kernwucherungen und durch Hinterlassung von atrophischen Herden, deren entzündliche Natur durch die Kernwucherungen und die Ablagerung von Pigmentschollen erwiesen ist.“ Diese Myocarditis kann von fettiger Degeneration des Muskelfleisches begleitet sein, welche jedoch nicht proportional der Intensität der myocarditischen Veränderungen sich vorfindet. Die Folgen dieser Myocarditis sind die schon von A. beobachteten Veränderungen des Herzens, die Ecchymosirungen, die schlaffe, bauchige Beschaffenheit des Herzfleisches, die Dilatation der Ventrikel. Diese Myocarditis, welche L. mit dem diphtheritischen Process enge zusammenhängend, analog der infectiösen Nephritis, als infectiöse Carditis oder Myocarditis betrachtet, muss demnach als die Ursache der Herzparalyse angesehen werden.

Bezüglich des Verlaufs macht L. besonders aufmerksam auf das Auftreten der Herzerscheinungen noch in den späteren Stadien der Krankheit, bis weit in die Reconvalescenz hinein, als ein im allgemeinen weniger bekanntes und beschriebenes, in praktischer und therapeutischer Hinsicht jedoch um so wichtigeres Vorkommen.

Im Anschluss an diese Arbeit weist der Verf. noch auf das Vorkommen von Herzaffectionen bei Infectionskrankheiten überhaupt als eine Thatsache allgemeinerer Bedeutung hin, wie denn auch die Infectionskrankheiten sowohl auf der Höhe ihres Verlaufs als auch in Bezug auf Nachkrankheiten so manche Analogien darbieten; doch zeigen sich auch hinsichtlich der Häufigheit und Form der Herzaffectionen, des Verlaufs, der Symptome, bei den verschiedenen Infectionskrankheiten einige Abweichungen und Eigenthümlichkeiten. Am meisten Analogieen mit denen der Diphtherie bieten die Herzsymptome bei Typhus, in so fern auch gerade hier, wiewohl seltener, ein Vorkommen in den späteren Stadien der Reconvalescenzperiode constatirt ist. Verf. führt selbst eine hierher gehörige Beobachtung an und citirt eine solche von Jaksch.

Die anatomische Untersuchung der Gaumenmuskulatur und Nerven in dem einen mitgetheilten Fall, bei welchem eine Gaumenlähmung bestanden, gaben L. Veranlassung, in einer Anmerkung seine a. a. O. ausgesprochene Ansicht von der peripheren Natur diphtheritischer Lähmungen (infectiöse Neuritis) von Neuem hervorzuheben.

Hindenlang (Freiburg).

71. **S. Levy, Herzaffection nach Diphtherie.** (Zeitschr. f. klin. Med. IV, S. 450.)

Zwei Tage nachdem sich L. bei der Section einer diphtheritischen Leiche eine Fingerwunde zugezogen, entwickelte sich eine mit Lymphdrüsenschwellung am Hals und tiefer Ulceration der Uvula einher-



gehende abscedirende Angina tonsillaris, nach deren Ablauf sich in der 3. Woche Lähmung der Pharynxmuskulatur, in der 4. häufig sich wiederholender Schwindel und Ohnmachtsanfälle, Dyspnoe bei nur geringfügigen Bewegungen einstellten, unter Steigerung der Frequenz des Pulses und Arythmie. Objectiver Befund am Herzen normal. In der 6. Woche folgte rechtsseitig Gaumenlähmung und Hypoglossusparese, weiterhin rechtsseitige Facialisparese, atactische Erscheinungen in den Händen, Paraesthesien, welch letztere erst in der 20. Krankheitswoche schwanden, während die Störungen der Herzthätigkeit und ihre Folgezustände durch den vorübergehenden Gebrauch von Digitalis schon in der 11. Woche beseitigt waren.

Hindenlang (Freiburg).

---

72. **H. Duret, Tuberculose mammaire et adénite axillaire.** (Progr. méd. 1882. Nr. 9.)

Dubar hat nachgewiesen, dass die Tuberkulose der Mamma in zwei verschiedenen Formen auftritt: 1) die disseminirte Form, charakterisirt durch Knoten, Infiltrationsherde; 2) die konfluirende Form, bei welcher die Knoten zu käsigen Herden verschmelzen und zu Cavernen erweichen; der so gebildete kalte Abscess kann sich entzünden und die Haut durchbrechen; Koester u. A. haben in demselben Tuberkel entdeckt.

Nach Poirier kommt dieselbe Affektion in seltenen Fällen auch bei männlichen Individuen vor.

D. hat auf Verneuil's Klinik zwei Fälle beobachtet, welche Dubar's Mittheilungen bestätigen. Er hebt noch besonders hervor, dass in den meisten Fällen von Tuberkulose der Mamma die Drüsen der Achselhöhle vorher afficirt gewesen sind. Die Achseldrüsen verhalten sich dabei zur Mamma wie die Drüsen des Lungenhilus zur Lunge: die chronischen (skrofulösen) Schwellungen der ersteren werden zum Ausgangspunkte der Tuberkulose der letzteren. Die beiden Beobachtungen betreffen Patientinnen von 27 bez. 32 Jahren; sie werden ausführlich mitgetheilt unter folgenden Ueberschriften: 1) skrofulöse Antecedentien, adenitis axillaris chronica, konsekutive Tuberkulose der Mamma, Caverne mit käsigem Inhalt, kalte Abscesse, Eröffnung und Cauterisation mit dem Thermokauter; 2) skrofulöse Antecedentien, adenitis axillaris caseosa, Versuch der Exstirpation, histologische Untersuchung, verschiedene Indurationsherde in der Mamma.

E. Bardenhewer.



73. Bauer (Mörs), **Ein Fall von Meningitis tuberculosa, geheilt durch Jodoform.** (Deutsche Med. Wochenschrift 1882. Nr 18.)

Ein 5jähriges Mädchen, deren Mutter aus unzweifelhaft tuberculöser Familie stammt, erkrankt plötzlich unter Appetitlosigkeit, Obstipation, Lichtscheu, veränderter Stimmung, nächtlichem Aufschreien, Kopfweh und abendlichem Fieber bis zu 38,8. Im weiteren Verlauf die Lichtscheu bis zur Unerträglichkeit gesteigert, krampfhafte Leibschmerzen, muldenförmig eingezogener Leib, Kopf in die Kissen gebohrt, nächtliches Aufschreien, Zähneknirschen, Apathie. Puls „frequent, dann und wann durch einen langsameren Schlag gehemmt, die Temp. abwechselnd fieberhaft, der Athem oft unregelmässig." Neben indifferenter innerer Medication, äussere Jodformbehandlung. Näheres wird nicht mitgetheilt. „Die Besserung war eine auffallende." Der Schlaf wurde ruhiger, das Aufschreien in der Nacht verminderte sich, es trat mehr und mehr Appetit ein, die Lichtscheu schwand, der Stuhlgang wurde regelmässiger, das Fieber blieb aus. Die Jodoformbehandlung wurde 4 Wochen lang allerdings etwas unregelmässig fortgesetzt. Die Patientin genas vollständig.

Kohts (Strassburg).

---

74. Negretto, Brevi cenui intorno alla cura perfrigerante della febbre tifoidea e storic cliniche di tre casi curati con un nuovo metodo. Kurze Bemerkungen über die Kaltwasserbehandlung des Typhus und Bericht über drei, nach einer neuen Methode behandelte Fälle. (An. Univ. di medic. e chir. 1882. Heft 2.)

Verf. gibt zunächst eine Uebersicht über die Geschichte der Kaltwasserbehandlung des Typhus und bespricht die mit letzterer erzielten Resultate, die von ihren Gegnern gemachten Vorwürfe und die verschiedenen Methoden ihrer Anwendung. Er erwähnt des Näheren die Methode von Dumontpallier (Einhüllen des Rumpfes in eine Decke von neben einanderliegenden Kautschukröhren, in welchen Wasser von bestimmter, leicht zu regulirender Temperatur circulirt), ferner die von Burresi (permanente Eisblase auf Abdomen, Brust und Kopf und Eis innerlich), endlich die von Cantani (continuirliches Trinken kleiner Quantitäten kalten Wassers, bis zu 14 Liter pro Tag). Er findet die günstige Wirkung jeder Art von Kaltwasserbehandlung, speciell der Bäder, weniger in der Wärmeentziehung als vielmehr in der mächtigen Einwirkung auf das Centralnervensystem, besonders auf die vasomotorischen und wärmeregulirenden Centren. Die Methode von Cantani hat er in 29 Fällen geprüft, aber gefunden, dass nur wenige Kranken so grosse Quantitäten Wassers vertragen; bei den meisten stellt sich schon bei 3—4 Liter täglich Abneigung, Uebelkeit, Gefühl von Schwere



im Magen und Erbrechen ein. Er glaubt nicht an die Möglichkeit der von Cantani angenommenen Elimination der infectiösen, pyrogenen Stoffe in Folge der durch das reichliche Wassertrinken hervorgerufenen starken Diurese. Angeregt durch die Experimente Lapins über die antifebrile Wirkung kalter Klystiere stellt Verf. eine Reihe von Untersuchungen über das Verhalten der Körpertemperatur bei fiebernden und nicht fiebernden Personen nach Eingiessung grösserer Mengen kalten Wassers per Rectum an. Seine Resultate sind folgende:

1. Das kalte Enteroklysma setzt die Temperatur herab und ist diese Wirkung von einer gewissen Dauer. In der Achselhöhle wird nach einem Enteroklysma von 1—2 L. Wasser von 10° C. die frühere Temperatur nach 40—50 Min., am Epigastrium nach 1 St. und 10 Min., im Rectum nach 1½ Stunde wieder erreicht. Hat das Wasser nur 5° C., so ist die Dauer der Abkühlung eine längere.

2. Die Erniedrigung der Temperatur ist stärker bei fiebernden als bei nicht fiebernden Personen, bei Ersteren in der Achselhöhle 0,5—0,6° C., am Epigastrium 1,5°, im Rectum 1,5°—5° C., bei Letzteren in der Achselhöhle 0,3—0,4° C., am Epigastrium 1,2—1,3° C., im Rectum 1,3—2,5° C.

3. Das Enteroklysma von 10° C. wird immer gut ertragen und führt oft ein Gefühl von allgemeiner Erfrischung herbei. Das Enteroklysma von 5° C. wird von Einigen nicht ertragen und ruft bei andern unangenehme Gefühle im Leibe hervor; bei Recurrens erzeugt es zuweilen Frostschauer.

4. Es tritt nicht allein Erniedrigung der Temperatur, sondern auch Verminderung der Puls- und Respirationsfrequenz ein.

Gestützt auf diese Beobachtungen wandte N. in 3 Fällen von schwerem Ileotyphus Enteroklysmen von 10° C. bis zu 4 Liter pro die an. Der Erfolg war ein sehr guter, indem trotz der Schwere der Fälle in 16 resp. 11 und 12 Tagen der Krankheitsprocess vollständig abgelaufen war; die längere Dauer im ersten Falle erklärt N. durch die weniger regelmässige Application der Enteroklysmen. Zu 1000 gr Flüssigkeit setzte er 1½ gr Chloral, welch' letzterem Mittel er temperaturherabsetzende und antizymotische Eigenschaften zuschreibt. Zugleich wirkt dasselbe günstig zur Bekämpfung der Gefahren einer übermässigen nervösen Aufregung, während es in Fällen mit tiefem Sopor contraindicirt ist. N. sah nach den kalten Eingiessungen niemals unangenehme Folgen. Die Kranken fühlten sich nach derselben erfrischt und liessen sie sich daher sehr gerne gefallen. Dem Einwande, dass das unter ziemlichem Druck stehende Wasser (der Recipient wurde gewöhnlich in einer Höhe von 2 Metern über dem Bett gehalten) an den geschwürig veränderten Stellen des Darmes Perforation erzeugen könne, begegnet Verf., indem er daran erinnert, dass kalte Eingiessungen schon früher mit gutem Erfolg bei chronischen Darmgeschwüren gemacht worden seien und dass der Druck des bis in den Dünndarm gelangten Wassers nicht mehr sehr hoch sein könne. Er meint, dass durch recht frühzeitige Anwendung der Enteroklysmen die Geschwürsbildung vielleicht sogar verhindert resp. gemildert werden könne. Den in Folge von Atonie der Darmmuscularis entstandenen Meteorismus



sah N. ebenfalls durch die kalten Eingiessungen in günstiger Weise beeinflusst. N. fordert daher zu weiteren Versuchen dieser Methode der Typhusbehandlung auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

75. **L. Fürst, Ueber „acute Rhachitis".** (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1882, 2. und 3. Heft.)

Unter dem Namen „acute Rhachitis" ist von verschiedener Seite ein Krankheitsbild aufgestellt worden, veranlasst durch die nicht seltenen Beobachtungen, in welchem unter dem Bilde einer acuten Krankheit, unter Allgemeinerscheinungen, Fieber, hochgradiger Schmerzhaftigkeit des Skeletts, Schwellung, Röthung, erhöhter Temperatur, Schmerz der Weichtheile sich das bekannte Bild der chronischen Rhachitis entwickelt hat. Mit Ausnahme weniger Fälle, welche mit Rhachitis gar nichts zu thun haben, sondern wahrscheinlich als acute Gelenk- resp. Knochenentzündungen aufzufassen sind, ist bei den übrigen der wirklich rhachitische Charakter der Affection unzweifelhaft. Dafür sprechen das gleichzeitige oder rasch nach einander erfolgende Anschwellen der Gelenkenden vom Röhrenknochen bei anämischen kachektischen Kindern bei hochgradiger Schmerzhaftigkeit des Skeletts, besonders an den befallenen gerötheten Stellen mit allmählichem Rückgang der Erscheinungen und Wiederkehr der Functionsfähigkeit und partiellem Zurückbleiben von Verdickungen und Difformitäten. Dazu kommt noch die z. Th. ererbte rhachitische Disposition, das in der Reconvalescenz beobachtete stärkere Längenwachsthum, die Erfolglosigkeit der Antiphlogose — alles Erscheinungen, wie sie für Rhachitis und nur für diese charakteristisch sind. — In der Frage, welche Stellung diesem acut verlaufenden Krankheitsbild gegenüber dem typischen chronischen zu geben sei, sind die einzelnen Autoren verschiedener Meinung. Während die einen die „acute Rhachitis" für eine vollständig selbstständige von der chronischen Form verschiedene Erkrankung auf constitutioneller Grundlage halten, ist Senator der entgegengesetzten Ansicht und deutet dieselbe als sehr seltene intensive, acute Form der gewöhnlichen lokalen Rhachitis. Andere führen die acuten Erscheinungen auf intensives Knochenwachsthum (Bohn), andere auf wirkliche multiple Knochenentzündungen zurück (Oppenheimer). Die meisten sind der Ansicht, und diesen schliesst sich auch der Verf. an, dass es sich hier nicht um eine besondere Krankheitsform, sondern um ein mehr acut verlaufendes Initialstadium der Rhachitis handelt. Der vom Verfasser beobachtete und ausführlich mitgetheilte Fall ist im Original nachzulesen.

Kohts (Strassburg).

---

76. **Steffen, Ueber acute Dilatatio cordis.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1882, 2.—3. Heft.)

Acute Dilatatio cordis kommt zu Stande durch
1) Endocarditis.
2) Blutstauung.
3) Infectiöse Krankheiten.

ad 1. Je nachdem die Klappen oder nur das Endocardium der Wandung afficirt sind, besteht zugleich Insufficienz oder die Dilatation für sich allein. Dieselbe kann sich vollständig zurückbilden, auch wenn die Klappeninsufficienz persistirt.

ad 2. Die Blutstauung kann veranlasst sein durch Processe in den Lungen, durch Erguss in die Alveolen und Branchiolen oder acute Blähung, wie sie namentlich bei Keuchhusten vorkommt. „Anderseits kommt acute Dilatation des linken Ventrikels zu Stande durch Ueberarbeitung des Herzens und Stauungen des Blutes in epileptischen Anfällen und namentlich bei diffuser Nierenentzündung. Geht letztere in Schrumpfung über, dann folgt der Dilatation allmählich die Hypertrophie des linken Ventrikels nach.“ Letztere Thatsache belegt Verf. mit einer eigenen Beobachtung.

ad 3. Verf. theilt einen Fall von septischer Infection mit. Bei einem wegen Caries Amputirten stellten sich wiederholt Schüttelfröste mit Collaps in Folge von Osteomyelitis im Stumpf ein. Bei jedem Frostanfall war acute Herzdilatation zu constatiren, die jedesmal eben so schnell wieder verschwand, zuletzt dauernd nach Resection des kranken Stumpfes. — Bei Scharlach kann die Dilatation auf doppelte Weise zu Stande kommen, entweder allein durch Erschlaffung der Herzmuskulatur in Folge der durch das Scharlachgift veränderten Blutbeschaffenheit oder durch Entwicklung einer Nephritis. Im letzteren Falle tritt sie häufiger ein und betrifft hauptsächlich den linken Ventrikel. Es wird ein Fall von acutem Auftreten einer hochgradigen Dilatatio cordis bei Scharlachnephritis, bei Orthopnoe, beträchtlicher Abnahme der Diurese mitgetheilt. 4 Tage später am Herzen normale Verhältnisse, Diurese bedeutend vermehrt. Es war in dem Falle Secale cornut. 0,5 2stdl. gereicht worden; in wie weit dasselbe die schnelle Rückbildung der Dilatation beeinflusst hat, lässt Verf. unentschieden, glaubt aber doch, auf ähnliche Erfolge gestützt, dasselbe empfehlen zu dürfen.

Kohts (Strassburg).

77. **Hirschsprung** (Kopenhagen), **Grosser Herztuberkel bei einem Kinde.** (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1882, Heft 2—3.)

Ein 8jähriges Mädchen aus angeblich gesunder Familie, früher selbst immer gesund, schon seit einem 1/2 Jahre kränkelnd mit Kopfschmerzen, Müdigkeit, manchmal Erbrechen, aber erst seit 8 Tagen



acut mit Frost, Delirien erkrankt, bot bei der Aufnahme ins Spital Temp. 39,7, Puls 138, Resp. 52; geringen Husten, es klagte über Schmerzen vorn auf der Brust; das Sensorium war frei. Herz und Lungen zeigten nichts Abnormes, Leber vergrössert. In den nächsten Tagen continuirliches Fieber, zunehmender Husten. Ueber den Lungen überall tympanitischer Schall, subcrepitirendes Rasseln l. hinten in der Reg. infrascapul. und seitlich. Am auffallendsten war die in hohem Grade tumultuarische Herzaction, diffuse über das ganze Praecordium ausgebreitete Pulsation, absolute aber nicht vergrösserte Herzdämpfung. Herztöne dumpf aber rein, in der Herzgegend ein Geräusch, dessen Verhältniss zu den Tönen sich nicht bestimmen liess, das ebensogut als Reibungs- wie als Rasselgeräusch gedeutet werden konnte. Puls frequent, auffallend klein. In den nächsten Tagen Fieber etwas geringer, Nachts Delirien, mässige Cyanose. Herztöne blieben rein, die Herzaction etwas weniger tumultuarisch; dagegen breitete sich die Dämpfung vom Praecordium nach oben bis zur 2. Rippe, links bis zur vorderen Axillarlinie aus; der Sternalrand wurde aber nicht überschritten, die Leber nahm an Grösse zu, reichte unter den Nabel herab. Die Cyanose nahm zu, die Temp. fiel unter die Norm; Tod am 7. Tage des Spitalaufenthaltes. — Die Section ergab eine Miliartuberculose. Die Lungen nur vorne links um das Herz herum luftleer mit käsig pneumonischen Herden durchsetzt. Spärliche Tuberkel auf der Pleura. Bronchial- und Mesenterialdrüsen käsig. Tuberculose der Milz. Stauungsleber. Aeltere pericarditische Auflagerungen mit Tuberkeln. Im Herzfleisch des l. Ventrikels ein wallnussgrosser in die Höhle hineinragender und dieselbe theilweise ausfüllender Tuberkel, an der Herzspitze an der Grenze des Septum und an der Wand entspringend. — Verf. hebt die Seltenheit der Affection und aus diesem Grunde die Schwierigkeit der Diagnose hervor.

Kohts (Strassburg).

---

78. **E. Leyden, Ueber intermittirende Fieber und Endocarditis.** (Ztschr. f. klin. Med. IV. S. 221.)

Wiewohl das Vorkommen von intermittirendem Fieber und Schüttelfrösten im Verlauf der Endocarditis bekannt und die Wichtigkeit dieses Symptoms für die Diagnose der Endocarditis von mehreren Autoren hervorgehoben, ermangeln gleichwohl die in der Litteratur hierüber gemachten ziemlich spärlichen Angaben einer eingehenderen und detaillirteren Besprechung der einzelnen mannichfach verschiedenen Formen. Leyden unterscheidet deren 4.

Zu der ersten gehören diejenigen Fälle, bei denen Endocarditis eine Theilerscheinung septischer, pyaemischer Vorgänge (puerperale Sepsis, traumatische resp. operative Septicaemie, Eiterungen) ist und die Fieberfröste ebenso von der allgemeinen Sepsis wie von der Endo-



carditis abhängig gemacht werden können. Zur zweiten diejenigen Endocarditiden, welche mit mehr weniger intensivem und unregelmässigem Fieber einhergehen, in dessen Verlauf, ohne bestimmten Typus, Schüttelfröste auftreten (sog. erratische Fröste.) Solche Fälle sind von Traube, Litten, Volmer beschrieben.

Die 3. und 4. Gruppe haben das Gemeinsame, dass bei ihnen der Fieberverlauf einer mehr weniger regelmässigen Intermittens entspricht, sich aber in sofern trennen, als bei der einen eine Herzaffection nicht nachweisbar, dieselbe bei der Wirkungslosigkeit grosser Dosen Chinin nur vermuthet und die Diagnose erst im weiteren Verlauf, nach Auftreten localer Erscheinungen, embolischer Vorgänge, häufig aber auch erst durch die Autopsie sicher gestellt werden kann; — bei der anderen der Patient, welcher an einem gut compensirten Herzfehler leidet, nach anscheinend ganz unbedeutenden Ursachen von intermittirenden Fieberfrösten befallen wird, welche eine Malaria vortäuschen können.

Solcher in diese letzte Kategorie gehörenden Beobachtungen hatte L. Gelegenheit 4 zu machen; 2 in seiner Privatpraxis, zwei junge Officiere betreffend, welche beide an leichtem, sie im Dienst nicht behinderndem Herzfehler litten, und ohne rheumatische Erkrankung, und ohne Zunahme der Herzbeschwerden von intermittirendem Fieber befallen wurden. Der eine hatte in einem Hause gewohnt, welches als Intermittensheerd bekannt war, der andere schrieb sein Fieber dem Genuss nicht ganz frischer Austern zu. Chinin und Salicylsäue waren wirkungslos gegenüber den Fieberparoxismen. Unter allmählichem Zerfall der Kräfte ging der eine nach 4monatlicher Dauer der Krankheit, unter Steigerung der Herzbeschwerden, Pericarditis zu Grunde; der andere, welcher ebenfalls bedeutend herabgekommen war, entzog sich weiterer Beobachtung.

Die beiden anderen Fälle, deren Krankengeschichte und Sectionsergebnisse ausführlich mitgetheilt werden, kamen im Hospital zur Beobachtung. Bei dem einen, einem 22jähr. Kürschner, war die Endocarditis auf einen mehrmonatlichen Tripperrheumatismus zurückzuführen. Kurze Zeit nach Ablauf dieser letzteren Affection traten nach kurz vorausgehenden Störungen des Allgemeinbefindens in der Folge unregelmässig, häufig wiederkehrende intermittirende Schüttelfröste auf, gegen welche Chinin völlig wirkungslos sich erwies. Bei der Aufnahme war eine Insufficienz der Aortenklappen constatirt worden. Im weiteren Verlauf Auftreten schnell sich steigernder Dyspnoe. Tod in einem Anfall von Lungenödem. Die Section ergab ulceröse Endocarditis der Aortenklappen mit polypösen Auflagerungen; zahlreiche kleine myocarditische Herde besonders in der Nähe der inneren Ventrikelwand; mehre Milzinfarcte.

In dem zweiten Fall handelte es sich um einen 22jähr. Müllergesellen, welcher an einer postponirenden Tertiana gelitten, während deren Verlauf sich Herzbeschwerden einstellten. Bald darauf erkrankte er an Gelenkrheumatismus, welcher ohne Unterbrechung $^1/_4$ Jahr dauerte. Nach 2jährigem Wohlbefinden Wiederkehr intermittirender Frostanfälle, zuerst von quotidianem, später tertiärem Typus. Subjective Herzerscheinungen fehlten. Die Untersuchung ergibt Incufficienz der Aortenklappen. Unter Fortdauer und Steigerung der Frostanfälle, gegen



welche die Therapie machtlos, unter Auftreten von Embolien und hochgradigen Compensationsstörungen, Hydrops, Cyanose tritt nach sechswöchentlicher Dauer der Krankheit der exitus lethalis ein. Bei der Autopsie fand sich Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel, polypöse Excrescenzen an den Aortenklappen und vorderen Mitralklappe. Infarcte in Lunge, Milz und Nieren. Mikroskopisch fanden sich die Auflagerungen reichlich mit Mikrokokken infiltrirt, daneben Stäbchenbacterien, das Herzfleisch mit zahlreichen myocarditischen Herden von verschiedenem Alter durchsetzt.

Die Todesursache ist in diesen Fällen in der durch die intermittirenden Fieber herbeigeführten allgemeinen Schwäche und der durch die myocarditischen Veränderungen bedingte Herzschwäche zu suchen.

Die jedenfalls seltene Umwandlung einer abgelaufenen gutartigen Endocarditis zu einer so bösartigen Form, denkt sich L. durch Eindringen von Infectionsstoffen (Malariapilze und andere Infectionskeime) in den Körper erklärlich, welche auf den (bisher unschuldigen) Klappenvegetationen einen günstigen Boden zur Weiterentwicklung finden.

Wiewohl die Prognose solcher Fälle von Endocarditis mit intermittirenden Fieberanfällen eine fast absolut ungünstige zu sein scheint, so weist L. die Möglichkeit einer Heilung in leichten Fällen durch Elimination der Krankheitserreger, durch Verheilung der Ulcerationen und Verkalkung der Vegetationen nicht ganz von der Hand, für welche Annahme er einerseits in dem letzterwähnten Fall einige Anhaltspuncte findet — insofern er die während der ersten Frostanfälle auftretenden Herzerscheinungen als eine solche infectiöse Endocarditis auffasst, welche mit Hinterlassung eines gut compensirten Herzfehlers zur Ausheilung kam, — andrerseits eine zum Schluss noch angeführte Beobachtung zu sprechen scheint. Dieselbe betrifft eine 19jährige Dame, welche während 2 Jahren an hartnäckiger Intermittens gelitten, im Anschluss an welche Krankheit sich Herzklopfen und Kurzathmigkeit als Symptome einer objectiv nachweisbaren Mitralinsufficienz entwickelte.

Hindenlang (Freiburg).

---

79. **Dr. Ernst Remak, Zur Lokalisation saturniner Lähmungen der Unterextremitäten.** (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 7.)

Entgegen einer früher geäusserten Ansicht, wonach R. als Typus der saturninen Unterextremitätenlähmungen eine degenerative Lähmung der Mm. peronei und demnächst der Extensores digitor. longi bei Immunität des M. tibialis anticus aufstellte, theilt Verf. einen neuerdings beobachteten Fall von unzweifelhafter Bleilähmung des Unterschenkels mit, in welchem auch die Mm. tibialis ant. gelähmt und sowohl direkt als vom Nerven aus für beide Stromesarten unerregbar waren. Der Pat. hatte früher an Encephalopathia saturnina gelitten und bot bei der Aufnahme ausser saturniner Kachexie, Bleirand am Zahnfleische, eine typische Blei-



lähmung der Oberextremitäten, an den Unterextremitäten motorische Schwäche in toto und ausser der erwähnten Lähmung der Mm. tibial. ant. schwache Kontraktion der Wadenmuskeln. Die letzteren zeigen bei faradischer Reizung vom Nerven aus sowie intermuskulär nur spurweise Reaktion, während die Zehenbeuger und der Tibialis posticus vom Nerven aus prompt reagiren. Unter fortgesetzter galvanischer Behandlung besserten sich die Lähmungserscheinungen sehr langsam, während die abnorme elektrische Erregbarkeit unverändert blieb.

Es kann also für die Bleilähmung an den Unterextremitäten ein absoluter Lokalisationstypus nicht festgehalten werden. Bemerkenswerth ist, „dass auch diese unregelmässige Lokalisation besonders durch die Kombination von Lähmung des Tibialis anticus mit auf die Wadenmuskeln beschränkter partieller Lähmung des N. tibialis sich eng anschliesst an identische Formen echter atrophischer (poliomyelitischer) Spinallähmungen".

Stintzing (München).

---

80. **A. Pitres, De la chate spontanée des ongles chez les ataxiques.** Das spontane Abfallen der Nägel bei Tabischen. (Progr. méd. 1882. Nr. 8.)

Im Anschluss an eine Mittheilung von Joffroy über den Verlust des Nagels der grossen Zehe bei einem Tabischen theilt P. zwei ähnliche Beobachtungen mit. Der erstere Fall betrifft einen 41 Jahre alten Kranken, welcher seit fünf Jahren an deutlich ausgesprochener Tabes litt. Drei Mal innerhalb dreier Jahre fielen bei demselben, ohne dass ein Trauma eingewirkt hätte, ohne vorausgehende Verschwärung und Eiterung, nachdem eine Zeit lang ein dumpfer Schmerz in den Zehen und insbesondere in den grossen Zehen bestanden hatte, die Nägel der grossen Zehen ab und wurden jedes Mal bald wieder durch neue ersetzt. — Der zweite Kranke, 44 Jahre alt, ist seit 18 Jahren tabisch und leidet seit zwei Jahren an einer (tabischen) Erkrankung des linken Kniegelenkes. Im Jahre 1870 stellte sich in der linken grossen Zehe ein „schmerzhaftes Gefühl des Schrumpfens und Kriebelns" ein; ein Monat später fiel der Nagel dieser Zehe ab. Bald nachher entwickelte sich ein neuer normaler Nagel, welcher nach einem Jahre wieder abfiel. Und seitdem wird fast in jedem Jahre der Nagel der linken grossen Zehe nach spontanem Abfallen durch einen neuen ersetzt. Derselbe Vorgang trat in dieser Zeit an der rechten grossen Zehe zwei Mal auf.

P. hält es für sehr wahrscheinlich, dass es sich um Ernährungsstörungen handelt, welche, abhängig von der Rückenmarkskrankheit, den verschiedenen trophischen Störungen (Gelenkleiden, spontane Frakturen, Ausschläge, mal perforant u. s. w.), welche im Verlauf der Tabes so häufig auftreten, analog sind.

E. Bardenhewer.



81. **A. Waller und A. de Watteville, Ueber den Einfluss des galvanischen Stroms auf die Erregbarkeit der motorischen Nerven des Menschen.** (Neurolog. Centralbl. 1882, Nr. 7.) Vorläufige Mittheilung.

Die Verf. haben die Erregbarkeitsveränderungen, welche durch das Einleiten eines galvanischen Stromes in einen motorischen Nerven des Menschen bewirkt werden, in der Weise geprüft, dass sie den polarisirenden und prüfenden Strom in einen Kreis vereinigten und die Muskelkontraktionen nach der Methode von Mary auf einen rotirenden Cylinder aufschrieben. Bei Verwendung des faradischen Stromes als Prüfungsmittel wird die sekundäre Spirale in den polarisirenden Stromkreis eingeschaltet, bei Verwendung der Schliessung und Oeffnung eines galvanischen Stromes wird ein doppelter Helmholtz'scher Schlüssel so angeordnet, dass der polarisirende Strom nicht geöffnet wird; mechanische Reize werden durch die polarisirende Elektrode selbst übertragen.

Bei Applikation einer Elektrode auf die Haut über einem Nerven entsteht die sogen. „polare Zone" mit gleichem Vorzeichen wie die Elektroden unmittelbar unter derselben; und die „peripolare Zone" von entgegengesetztem Vorzeichen und in einem veränderlichen Abstand von der ersten. Die Dichtigkeit in der polaren Zone ist grösser als in der peripolaren. Die Vertheilung inducirter Ströme erfolgt wie bei galvanischen Strömen; der Erregungsvorgang bei Schliessung resp. Oeffnung fällt in die Kathoden- resp. Anoden-Zone, ein Induktionsschlag erregt wie eine galvanische Schliessung, d. h. nur in der Kathodenzone.

Ausgehend von diesen Prämissen kamen die Verf. zu folgenden Resultaten:

1. Während des Fliessens des galvanischen Stroms ist die (polare oder peripolare) Kathodenzone in einem Zustand gesteigerter Erregbarkeit, die (polare oder peripolare) Anodenzone in einem Zustand herabgesetzter Erregbarkeit.

2. Bei Steigerung der Stärke eines polarisirenden Stromes über ein gewisses Maass hinaus, scheint eine Invasion der anelektrotonischen durch die katelektrotonische Region (im physiologischen Sinne) stattzufinden . . . . .

3. Wenn der Strom nach hinreichender Polarisation unterbrochen wird, macht die vorhandene Erregbarkeitssteigerung in der katelektrotonischen Gegend einer deutlichen Herabsetzung der Erregbarkeit Platz und diese geht dann allmählich über in eine nachfolgende Erregbarkeitssteigerung von erheblicher Dauer (z. B. $1^1/_2$ Stunden), auf der andern Seite macht die vorhandene Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in der anelektrotonischen Zone unmittelbar einer Steigerung der Erregbarkeit Platz, welche sehr ausgesprochen und von langer Dauer ist.

Stintzing (München).



82. **Prof. v. Ziemssen, Edelmann's absolutes Einheits-Galvanometer.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXX. H. 5 u. 6. S. 589.)

Nachdem die physiologisch-therapeutische Subkommission des elektrischen Kongresses zu Paris die Einführung des absoluten Einheitsmaasses auch für die Physiologie und praktische Medizin empfohlen hat, war die Konstruktion eines für den praktischen Gebrauch geeigneten Maassinstrumentes dringendes Bedürfniss. Diesem ist nun durch das absolute Einheits-Galvanometer von Dr. Edelmann Genüge geleistet. In diesem sind durch die Dämpfungskraft einer soliden, den Glockenmagnet umgebenden Kupfermasse die Oscillationen der Magnetnadel vor der Erlangung einer Ruhelage völlig vermieden. Das Instrument ist ausserdem leicht transportabel und unempfindlich gegen mechanische Insulte. Edelmann hat ausser einem grösseren auch noch ein Taschengalvanometer hergestellt, welches sich mehr für die Verwendung in der Privatpraxis eignet.

Die genauere Beschreibung der Instrumente ist im Original nachzusehen. Das grössere Galvanometer ist mit Vorrichtungen versehen, welche es gestatten, den Strom entweder in voller Stärke durchzuleiten, oder durch Einschaltung von Widerständen auf seinen 10., 100. oder 1000. Theil zu reduziren, so dass es also auch zur Messung stärkerer als in der Therapie gebräuchlicher Ströme zu verwenden ist. Auf einer unter dem Zeiger angebrachten Theilung liest man die Stromintensität unmittelbar in Milliampères (=$^1/_{1000}$ Ampère, 1 Ampère ist die neuvereinbarte Einheit und entspricht der alten „Weber"-Einheit). Das Galvanometer gestattet die Messung von Stromintensitäten von 2 Ampères herab bis zu 0,00001 Ampère. Eine weitere Vorrichtung gestattet auch mit Hülfe der Ohm'schen Gleichung die Messung elektro-motorischer Kräfte von Elementen geringeren Widerstandes.

Das Taschengalvanometer ist kleiner an Volumen und wird in eine Holzkapsel eingeschlossen. Es dient zu Messungen zwischen 0 und 200 Milliampères.

Stintzing (München).

---

83. **D'Espine, Eclampsie urémique scarlatineuse guérie par la saignée.** Uraemische Eklampsie nach Scharlach durch den Aderlass geheilt. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 4.)

Ein 19j. Mädchen hatte sich in der dritten Woche eines mässig heftigen Scharlachs einer Erkältung ausgesetzt. Am 3. Tage nachher heftige Kopfschmerzen, von starkem Nasenbluten begleitet; Oedem des Gesichts und der Hände, Athemnoth, Urin sehr spärlich mit starkem Gehalt an Eiweiss, vielen Cylindern und Epithel der Harnkanälchen. Im Laufe des folgenden Tages drei heftige eklamptische Anfälle, gegen die ohne Erfolg Pilocarpin in Solution und Chloral per Klysma angewendet worden. Nach dem dritten Anfall ein Aderlass von wenigstens



200 gr Blut. Darauf Nachlass der bedrohlichen Erscheinungen und Uebergang in Reconvalescenz, so dass Pat. nach 8 Tagen das Hospital verlassen konnte. Die Untersuchung des Bluts ergab ein Gehalt von 6,5 % Harnstoff im Serum und von 3,3 % im Gesammtblute; die bezüglichen normalen Ziffern sind 0,6 % resp. 0,11—0,16 %. Der Kaligehalt des Serum war 0,737 %, während normales Serum nur Spuren von Kali enthält; der Kaligehalt des Gesammtblutes war 0,923 % gegen 0,314 % in der Norm. Im Urin war der Gehalt an Harnstoff am Tage der Anfälle 21 gr im Liter gegen 25,4 gr in der Norm.

Der Verf. interpretirt den urämischen Anfall folgendermassen:

1. Vermehrung des Kali im Serum durch den nicht eliminirten Detritus der zerstörten Blutkörperchen. Der Zerfall dieser letzteren wird vielleicht durch die enorme Menge Harnstoff im Serum begünstigt.

2. Starke Vermehrung des arteriellen Drucks durch die directe Wirkung der Kalisalze auf das Endocard und dadurch auf die Herznerven.

Die gute Wirkung des Aderlasses erklärt Verf. durch Elimination des Uebermasses des toxischen Agens, dessen allmähliche Anhäufung den urämischen Anfall erzeugt und durch rasche Verminderung der arteriellen Spannung.

Brockhaus (Godesberg).

---

84. **W. Ebstein, Ein Fall von Cystinurie.** (D. Arch. f. kl. Med. XXX. pag. 594.)

E. reiht an seine früheren Beobachtungen einen neuen Fall von Cystinurie, deren er im Ganzen in relativ kurzer Zeit 5 zu untersuchen Gelegenheit hatte. Ein 40 jähriger Kaufmann, welcher 1858/59 Schanker und Bubo acquirirt hatte, consultirte E. 1880 wegen seiner Kopfbeschwerden, als deren Ursache schmerzhafte Knochenauftreibungen am l. arcus supraorbitalis und r. os parietale sich ergaben.

Bei der Untersuchung des Harns zeigte sich ein mässig reichliches, grauweisslich aussehendes Sediment, welches bei genauerer Untersuchung aus sechsseitigen Cystintafeln bestand. Der Harn zeigte keinerlei andere krankhaften Beimischungen, war frei von Eiweis und Zucker. Reaction stets sauer. Durch eine Inunctionscur (112,0 Ung. ciner.) wurde Pat. sowohl von seinen Schmerzen befreit als auch war eine bedeutende Zunahme des Körpergewichts zu verzeichnen gewesen.

Die bei dieser Gelegenheit angestellten Harnuntersuchungen ergaben kurz folgende Resultate:

1. Im Tagharn fand sich, gegenüber den Angaben Bartels, mehr Cystin wie im Nachtharn.

2. Die Einnahme eines Linsengerichts steigerte die Cystinausscheidung beinahe auf das 3 fache, entgegen den Beobachtungen Bartels,



bei dessen Kranken die Aufnahme verschiedener Speisen und Getränke ohne wesentlichen Einfluss auf die Cystinausscheidung war.

3. Verlor sich, — dies verdient besonderes Interesse — im Verlauf der Schmierkur die Cystinausscheidung theils ganz, theils bis nur auf Spuren und hatte ein wiederum verabreichtes Linsengericht jetzt keinen Einfluss auf die Cystinausscheidung.

4. Die Schwefelsäuremenge war im Allgemeinen eine normale und war in diesem Falle ein Steigen oder Fallen mit der Cystinmenge nicht zu constatiren.

5. Die Harnsäureausscheidung erwies sich als gering, doch war sie nicht in dem Maasse vermindert, dass diese Beobachtung zur Stütze der Ansicht beigezogen werden konnte, dass das Cystin auf Kosten der Harnsäure gebildet werde.

Hindenlang (Freiburg).

---

85. **Raimondi e Bertoni, Sull' azione tossica dell' idrossillamina.** Ueber die toxische Wirkung des Hydroxylamin. (An. univ. di med. e chir. 1882. Heft 2.)

Das von Lossen unter den Reductionsproducten des Salpetersäure-Aethylaethers entdeckte Hydroxylamin (NH_2OH) bildet einen dem Ammoniak ähnlichen, im freien Zustand sehr unbeständigen Körper von schwach basischen Eigenschaften. Mit Chlorwasserstoffsäure verbindet es sich zu einem Salze, welches aus alkoholischer Lösung in langen prismatischen Nadeln, aus wässriger in Tafeln auskrystallisirt. Da dieses Salz jetzt häufiger im Handel vorkommt und durch Verwechslung mit andern, ähnlich aussehenden und therapeutisch verwertheten Stoffen zu Vergiftungen Anlass geben könnte, haben die Verf. seine Einwirkung auf den thierischen Organismus in einer Reihe von Experimenten geprüft. Das Hydroxylamin und seine Salze besitzt stark reducirende Eigenschaften; die salzsaure Verbindung löst sich gut, auch in kaltem Wasser. Die Lösung ist farblos und hat einen stechenden Geruch. Die tödliche Dosis für Frösche war nach den Versuchen der Verf. $2^1/_2$ mgr bei subcutaner Injection, 5 mgr bei Einverleibung per os. Bei Warmblütern war die toxische Dose je nach der Grösse und dem Körpergewicht höher; für den Menschen wird dieselbe auf 1 gr bei subcutaner Anwendung veranschlagt. Nach Einverleibung kleinerer Dosen tritt zunächst ein Excitationsstadium mit Convulsionen, tetanischen Contractionen, Verstärkung der Energie und Häufigkeit der Herzcontractionen ein, dem bald Collaps und Asphyxie folgen; bei grösseren Dosen fehlt das erste Stadium gänzlich oder ist von ganz kurzer Dauer. Das Blut nimmt eine dunkle, chocoladenähnliche Färbung an. Die Temperatur ist im Excitationsstadium etwas erhöht, fällt während des Collapses unter die Norm, um bei nicht tödtlich verlaufenden Fällen nachher



wieder etwas über die Norm zu steigen. Bei der Section findet man nur veränderte Farbe des Blutes und Stillstand des Herzens in Diastole, daneben keinerlei organische Laesionen. Bei Einverleibung per os zeigt der Magen keine Spur von Entzündung oder Anätzung. In den Fällen, wo der Tod unter dem Bilde einer langsam verlaufenden Asphyxie eintritt, findet man zuweilen Congestionserscheinungen in den untern Lungenlappen. Die Form der rothen Blutkörperchen ist anfangs unverändert, erst längere Zeit nach Einverleibung des Giftes werden die Contouren unregelmässig. Letzteres tritt rascher und deutlicher ein, wenn man dem Blute Hydroxylamin in grösserer Quantität direct zusetzt. Die spectroscopische Untersuchung ergab vollständiges Verschwinden der Oxyhaemoglobinstreifen, ohne Auftreten von Streifen an anderen Stellen des Spectrums. Behandelt man eine Blutprobe mit einer reducirenden Substanz, z. B. Schwefelammonium, wodurch bekanntlich unter Verschwinden der beiden Streifen des Oxyhaemoglobins der für das reducirte Haemoglobin charakteristische Streifen auftritt, und setzt dann dieser Mischung salzsaures Hydroxylamin zu, so nimmt dieselbe eine intensiv grüne Färbung an; der Streifen des reducirten Haemoglobins verschwindet und es bildet sich ein anderer, schmälerer und schärfer ausgeprägter im Roth. Die Verfasser folgern hieraus, dass das Hydroxylamin sich dem Blutfarbstoff gegenüber nicht als einfach reducirende Substanz verhalte, sondern dass es mit ihm, ähnlich wie Kohlenoxyd, Blausäure etc. eine Verbindung eingehe. Um den Tod herbeizuführen braucht nicht aller Blutfarbstoff in dieser Weise verändert zu sein. Bei nicht letal endigenden Fällen, in denen die Chocoladenfarbe des Blutes allmählich der normalen rothen Farbe weicht, glauben die Verf., dass durch den Sauerstoff der eingeathmeten Luft die Verbindung des Blutfarbstoffs mit dem Hydroxylamin wieder zerstört wird. Anlangend die Umwandlungsproducte des Hydroxylamins im Blute schliessen die Verf. aus ihren bezüglichen Untersuchungen, dass es sich in salpetrige und schliesslich in Salpetersäure umsetze. Zum Nachweis des Hydroxylamins und seiner Salze benuzten die Verf. die Eigenschaft desselben, in alkalischer Lösung Kupferoxydsalze zu reduciren. In Vergiftungsfällen empfehlen sie anfangs Brechmittel, denn Excitantien und die künstliche Respiration, ev. intraperitoneale oder directe Transfusion.

Brockhaus (Godesberg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle,
Professor und Direktor der medicin.
Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler,
a. o. Professor
der Medicin in Bonn.

1882. **20. Mai.** **Nro. 7.**

Inhalt.

86. **Dr. Ferdinand Hueppe** (Berlin, Reichs-Gesundheits-Amt), **Ueber einige Vorfragen zur Desinfectionslehre und über die Hitze als Desinfectionsmittel.** (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1882. Heft 3.)

Verf. bespricht unter „Vorfragen" zunächst die Objecte, mit denen sich die Desinfection zu befassen hat. Es sind dies 1. die ungeformten Fermente oder Enzyme, 2. die organisirten Fermente: Pilze und Spaltpilze, bei denen die Desinfection die Entwicklungsfähigkeit der Pilze und ihrer Sporen zu hemmen die Aufgabe hat, 3. die putriden Stoffe. Die Untersuchungen und Betrachtungen, welche man über das Verhältniss dieser Stoffe zu den Microorganismen und ihre Wechselwirkung bei Erzeugung von Infectionskrankheiten angestellt hat (welche Verf. kurz bespricht), haben ergeben, dass die putriden Stoffe meist nur als das Product der Organismen anzusehen sind, ihre Vernichtung deckt sich also mit der Vernichtung der Pilze.



Die trockne Hitze ergab sich zunächst als „kein absolutes, sondern nur ein innerhalb enger Grenzen wirksames Desinfectionsmittel.“

Die ungeformten Fermente können im trocknen Zustande eine Hitze von 130—140° leicht bis zu 2 Stunden und selbst 160—170° bis zu 1/4 Stunde ertragen, ohne ihre Wirksamkeit einzubüssen.

„Lebende Bacterien wurden durch mehrere Stunden einwirkende trockne Hitze im Allgemeinen schon bei 70 bis 75°, ganz sicher aber erst durch 2 1/2 Stunden einwirkende Hitze von ca. 100° getödtet. Die Sporen von Schimmelpilzen erlagen bei 110—118° in 1 1/2 Stunde; die von Penicillien nach Pasteur bisweilen erst bei 127°. Bei einstündigem Einwirken einer Temperatur von 140° C. wurden Milzbrandsporen nur zum Theil getödtet, die der Erd- und Heubacillen nicht. Erst bei dreistündiger Einwirkung der trocknen Hitze von 140° C. waren alle Sporen sicher vernichtet. Entgegen der Annahme von Naegeli hatten die durch trockene und feuchte Hitze nicht getödteten, sondern nur geschwächten Microorganismen ihre specifischen Eigenschaften nicht verloren, sie waren nicht verändert und zur Ansteckung vollständig tauglich geblieben.“

Des Ferneren ergab sich, dass die Vertheilung der trocknen Hitze in den zu desinficirenden Gegenständen keine gleichmässige war, indem auch nach längerer Einwirkung der Hitze im Innern eines aus mehreren Schichten bestehenden Gegenstandes (z. B. eines Bündels Kleider) die Temperatur erheblich niedriger als wie der Hitze aussen blieb. Auch verloren die auf diese Weise behandelten Gegenstände mehr oder minder an Aussehen und Gebrauchsfähigkeit.

Für die Praxis, wo die Art des zu vernichtenden Krankheitskeimes nicht immer bekannt ist, ist demnach die trockne Hitze als Desinficiens nicht zuverlässig.

Die Siedetemperatur des Wassers vermag bei längerer Einwirkung alle Bacterien sicher zu tödten, doch ist diese Methode nicht überall anwendbar. Dagegen haben die Versuche mit heissen Dämpfen von 100° C. ergeben, dass diese die Milzbrandsporen in 5 Minuten, und die enorm resistenten Sporen der Erdbacillen in 15 Minuten sicher vernichteten, und dass sie dabei bis in das Innere auch voluminöser Gegenstände mit kaum verminderter Temperatur leicht einzudringen vermochten, und doch die so behandelten Gegenstände, wie Kleider, Wäsche, Decken, Bettutensilien etc. relativ unbeschädigt liessen. Die vollständige Wirkung ist nach 3stündiger Einwirkung der heissen Dämpfe sicher zu erwarten.

Diese Methode der Desinfection ist im städtischen Barackenlazareth zu Moabit von Merke angenommen, wird mit überhitztem Dampf ausgeführt und liefert vollständig befriedigende Resultate.

Bartold.



87. **Prof. Dr. E. Küster** (Berlin), **Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie.** Krankenvorstellung in der Berl. Med. Gesellschaft. (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 2.)

Der Fall, wie Verf. glaubt der 19. bis jetzt bekannt gewordene[1]), betrifft eine 59jährige Frau, welche einige Monate nach einer Geburt in ihrem 28. Jahre bemerkte, dass ihre linke Wange einsank. Die Affektion ist seitdem langsam fortgeschritten. Gegenwärtig ist die l. Gesichtshälfte im ganzen Bereich des N. trigeminus ergriffen. Auf der Stirn 2 fingerbreite Furchen, das l. Auge tief eingesunken, Sehkraft und Augenhintergrund normal. L. Wange tief wie eine Narbe eingezogen. L. Mundwinkel etwas in die Höhe gezogen, Nase etwas nach links abweichend. L. Nasenloch zu einer schmalen Spalte verengt, Nasenknorpel linkerseits atrophisch. Atrophie der Kaumuskulatur. Kinnhaut nicht auffallend verändert. Zunge weicht etwas nach links ab. Gaumenmuskulatur symmetrisch. Was den Fall vor den übrigen auszeichnet ist der Umstand, dass die Knochen an der Atrophie nicht theilnehmen, sowie der späte Beginn des Leidens (im 28. Jahre; in den bisherigen Fällen meist vor dem 20. Jahre). Der Fall zeigt, dass die Knochen, wenn einmal ihr Wachsthum vollendet ist, völlig unberührt bleiben können.

Stintzing (München).

---

88. **Langer** (Wien), **Hypnose und Katalepsie bei einem hysterischen Mädchen.** (Wien. med. Wochenschr. Nr. 18.)

Ein 20jähriges kräftiges Mädchen bekam vor 3 Jahren in Folge eines Schrecks einen Anfall von Bewusstlosigkeit, über dessen Natur nichts Genaueres zu ermitteln war; derartige Anfälle wiederholten sich im Laufe der nächsten Wochen mehrmals nach Gemüthsbewegungen, sistirten dann aber für längere Zeit (2 Jahre) bis 6 Wochen vor dem Spitaleintritt. Innerhalb dieser letzten Wochen stellten sie sich oft täglich 1—6 mal ein, pausten auch hie und da mehrere Tage lang.

Die Beobachtung im Spital ergab, dass solche Anfälle spontan eintreten, aber auch durch verschiedene Mittel künstlich hervorgerufen werden konnten, z. B. durch Fixirenlassen eines vorgehaltenen Gegenstandes, durch forcirtes Zurückbeugen des Kopfes. Die Anfälle dauerten meist 5—10 Minuten, konnten durch lautes Anrufen, Besprengen mit Wasser und Anfangs auch durch Druck auf die Ovarialgegend beendigt

---

1) Cf. hierzu Dr. H. Wette, Hemiatrophia facialis progressiva, in den Annalen des städt. allgem. Krankenhauses zu München 1881, p. 600. (Ref. in dies. Centralbl. 1881, Nr. 35.) Hier finden sich 43 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, worunter 14 Fälle ohne Betheiligung der Knochen.



werden, während später gerade durch Druck auf diese Stelle sich die Anfälle einstellten.

Im Anfall war der Gesichtsausdruck der einer ruhig Schlafenden.

Erscheinungen der flexibilitas cerea treten bei manchen Anfällen deutlich hervor, immer nur aber an den oberen Extremitäten.

Während der Anfälle gab Pat. niemals auf Anfragen eine Antwort. Es bestand völlige Anaesthesie und Analgesie bei gesteigerten Muskel- und Sehnenreflexen.

Von Interesse bei diesem Fall sind die Untersuchungen über das Verhalten der Muskulatur gegen elektrische Ströme. In der anfallsfreien Zeit bestand bedeutende Hyperexcitabilität auch gegen schwache Inductionsströme, in den Anfällen war sowohl die allgemeine Reflexerregbarkeit als die muskuläre Erregbarkeit durch inducirte Ströme bedeutend herabgesetzt, in schweren Anfällen fast gänzlich erloschen. Der verminderten faradomuskulären Erregbarkeit stand eine beträchtliche Steigerung der galvanischen Muskelerregbarkeit gegenüber während der Dauer der Anfälle. In der anfallsfreien Zeit war die galvanische Erregbarkeit ungleich schwächer.

Die Kranke bekam täglich 3,0 Bromkali, worauf die Anfälle immer seltener wurden, schliesslich spontan gar nicht mehr auftreten und künstlich nur in schwacher Form hervorgerufen werden konnten.

Seifert (Würzburg).

---

89. **Dr. F. Siemens** (Marburg), **Notizen zur Epilepsie**. (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 5.)

Anknüpfend an Magnan's Vorträge über Epilepsie (Progr. méd.) theilt S. einige Beobachtungen mit.

1. Nach der Angabe der meisten Autoren (Magnan, Nothnagel, Russel-Reynolds, Robin, Witkowski) sind im tonischen Stadium die Pupillen erweitert. Verf. hat bei einer Epileptischen (in Folge von epidem. Ergotismus) beobachtet, dass jedesmal mit dem Schrei eine Verengerung ad maximum eintritt, die sehr rasch mit dem eintretenden Tonus in eine Erweiterung ad maximum bei gleichsinniger Ablenkung der Augen nach oben übergeht. In dem nach einigen Sekunden folgenden klonischen Stadium sind die Pupillen noch stark, aber nicht mehr ad maximum erweitert und gehen im Stadium des Stertor und Coma zurück, um sich endlich bei eintretendem Schlaf zu verengern. Die während der Verengerung und Erweiterung starren Pupillen fangen erst allmählich gegen Ende des klonischen Stadiums an etwas auf Licht zu reagiren.

2. Ein Merkmal zur Erkennung der Simulation ist nach Magnan der Krampf des N. sternocleidomastoid., der von den Simulanten falsch nachgeahmt wird; sie senken das Gesicht nach der Seite des Krampfes,



anstatt unter Annäherung des Ohres an das Sternum das Gesicht nach oben zu wenden.

3. Die Beobachtung Magnan's, dass im tonischen Stadium die Gehirngefässe erweitert sind und der Blutdruck steigt, während er im Klonus sinkt, stimmt mit den sphygmographischen Radialiskurven, welche Verf. im 2. und 3. Stadium des Anfalls gewonnen hat.

Stintzing (München).

90. **Prof. Dr. A. Eulenburg** (Greifswald), **Ueber einige Reflexe im Kindesalter.** (Neurolog. Centralbl. 1882, Nr. 8.)

Eine Prüfung der verschiedenen Reflexe, angestellt an 124 Kindern von 1 Monat bis zu 5 Jahren, zeigte, wie eine frühere Untersuchung des Verf., dass bei Kindern das Kniephänomen relativ häufig fehlt, nämlich in 5,6% beiderseitig, in 2,4% einseitig (bei Erwachsenen überhaupt nur in 1,6%). Das Fussphänomen fehlte oder war sehr undeutlich in 81,4%, Tibialreflex fehlte in 87,1%, Radiusreflex in 87,6%. Dagegen waren die als unzweifelhafte Reflexe aufzufassenden Haut- und Schleimhautreflexe (Bauchreflex, Nasenreflex, Corneal-Pupillarreflex) ganz konstant vorhanden; nur der Ohrreflex fehlte einzelne Male. Der Cremasterreflex fehlte in 25,6%. — Eine Tabelle veranschaulicht die Vertheilung der Reflexe auf die verschiedenen Stufen des Kindesalters. — Die Prüfung der Reflexe bei einer grösseren Anzahl fiebernder Kinder führte zu keinem konstanten Resultat.

Stintzing (München).

91. **Dr. G. Winter, Nervendehnung bei Tabes.** Aus der Heidelberger med. Klinik. (Neurolog. Centralbl. 1882. Nr. 8.)

Tabes dorsalis bei einer 38jähr. Patientin. Seit 9 Jahren lanzinirende Schmerzen, seit 1½ Jahren Ataxie, seit 6 Wochen Cystitis. Sensibilität normal. Patellarsehnenreflexe fehlen. Schwanken beim Stehen, Umfallen beim Schliessen der Augen. Gang stampfend und schleudernd, ohne Unterstützung nicht möglich. Paralyse des L. Abducens (seit 9 Jahren). Am 26. Nov. 1881 Dehnung des Ischiadicus einer Seite (Czerny), Prima intentio. 17 Tage nach der Operation alle Symptome gänzlich unverändert; das R. Bein sogar etwas unsicherer.

Stintzing (München).



92. **Prof. De Giovanni,** Direktor der mediz. Klinik in Padova, **Osservazioni relative al processe inflammatorio.** Beobachtungen über den Entzündungs-Process.

Die microscopischen Beobachtungen, welche Verf. mehrere Jahre hindurch über Zunge und Mesenterium der Hyla viridis angestellt hat, hatten den Zweck den Antheil zu bestimmen, den die Capillargefässe (im engeren Sinne) an dem inflammatorischen Process nehmen. Die sämmtlichen Thatsachen bestätigen die Wichtigkeit dieser Gefässe im genannten Process.

1. Während die Stasis stattfindet, ändert sich die Form der Capillaren; sie zeigen hier und da erweiterte und zusammengezogene Stellen; die Erweiterungen können wahre Hervorragungen der Gefässe bilden. Den Complex dieser Veränderungen der Capillarwandungen nennt Verf. vasculäre Bewegungen, und hält sie für rein protoplasmatisch.

2. In den grösseren Erweiterungen wird die Wand immer dünner; ihr Widerstand nimmt ab; gegen diese verdünnten und widerstandslosen Stellen drängt der innere Blutdruck die unbeweglichen Blutkörperchen. Hier findet eine interstitielle Haemorrhagie statt.

3. In anderen Capillaren bildet sich zwischen der stillbleibenden Blutsäule und der Wand ein Raum, welcher sich vergrössert, und von sehr feinen Körnchen erfüllt wird. In mehr weniger circumscripten Stellen üben die gesammelten Körnchen einen Druck auf die Blutsäule aus, welche hier und da Unterbrechungen erleidet. In der von den genannten Körnchen gebildeten Substanz erscheinen später grössere Körnchen, Nuclei und endlich weisse Elemente, darauf wird eine weisse Stasis erzeugt.

4. Dasselbe Phänomen geschieht in den den Capillaren benachbarten Geweben, überall da, wo das Blutplasma sich während der Stasis verbreitert. Andere Thatsachen werden vom Verf. beschrieben; wir erwähnen der Kürze wegen nur die Bildung neuer Capillargefässe, auf diese Resultate gestützt, hervorhebend die grosse Wichtigkeit der Capillargefässe im phlogistischen Process, betrachtet Verf. die Theorie des Protoplasmas als diejenige, welche in der genauesten Weise die Exsudaterzeugung erklärt. Nach ihm könnte die Reihe der die Entzündung bildenden Processe folgenderweise formulirt werden: die Wirkung eines reizenden Mittels auf irgend ein Gewebe erzeugt reflectorisch die Stasis des internen, capillären, circulirenden Blutes. Die Blutstasis und ihre unmittelbare Folge — die Verhinderung des Wechsels der Respirationsgase — verändern die biochemischen Processe der Gewebe. Somit erklärt man die morphologischen Veränderungen der Capillargefässe, welche embryologische Eigenschaften annehmen. Dann folgt die Veränderung der biochemischen Eigenschaften des Blutplasmas, welche sich durch die Evolution der das Exsudat bildenden Elemente kennzeichnet.

Mya (Turin).



93. **B. Vizioli e G. Butera. Della applicazione del freddo negli aneurismi ed in isperie se l'azione del freddo prossa combinarti od alternarti cotta elethroterapia nei cosi di aneurisma dell'-aorta toracico.** Ueber die Anwendung der Kälte bei der Therapie der Aneurysmen und besonders über die Möglichkeit der gleichzeitig oder wechselweise gebrauchten Wirkungen der Kälte und Elektrotherapie bei Aneurysmen der Aorta thoracica. (Magazin 1882. 1. Heft.)

Die Untersuchungen Bernard's haben nachgewiesen, dass die Kälte die Blutgerinnung nicht begünstigt, dass sie im Gegentheil sie verspätet. — Von dieser Thatsache ausgehend, stellten die Verfasser eine Reihe von Beobachtungen an, welche den Zweck hatten zu bestimmen:

1. Wie stark die höchste Temperaturerniedrigung, und welche die Veränderungen sind, die in den während einiger Zeit der Wirkung des Eises unterstellten Geweben stattfinden, um zu entscheiden, ob eine Verdichtung der untersuchten Gewebe von der Wirkung der Kälte erzeugt werden kann.

2. Ob ein Blutcoagulum oder eine leichtere Vereinigung seiner Bestandtheile die Folgen derselben Behandlung sein können.

3. Ob der eventuelle gute Erfolg der bei der Cur der Aneurysmen der Aorta thoracica angestellten Kältetherapie der lokalen direkten Wirkung der Kälte oder anderen Thatsachen von mehr verwickelter Natur, als die Innervationszustände, der Blutdruck, zuzuschreiben ist.

Aus seinen Untersuchungen zogen Vf. folgendes aus:

1. Die höchste Temperaturerniedrigung nach Eisapplication ist + 11°; diese Temperatur genügt nicht bei Säugethieren, um die Gewebe zu verdichten, so dass ihr Widerstand der Ausdehnung des aneurysmatischen Sackes vermehrt sei.

3. Das äusserlich angewandte Eis kann nicht durch die Haut und die Sackwände irgend eine coagulirende Wirkung über das Blut ausüben; im Gegentheil wird das Blut flüssiger.

3. Das äusserlich angewandte Eis bewirkt Zunahme des Blutdruckes in den Gefässen, so dass die Zustände der aneurysmatischen Wände verschlimmert werden.

Desswegen halten die Verf. den Gebrauch des Eises bei der Kur der Aneurysmen für gefährlich, während sie die äuserliche Anwendung des galvanischen Stromes empfehlen.

Graziadei.

---

94. **Dr. Angletio, Sopra sei casi di aneurismi spontanie dell' aorta ascendente.** Ueber sechs Fälle von spontan entwickelten Aneurysmen der Aorta ascendens. (Gazzette della Cliniche di Torino. Nr. 51. 52. 1881.)

Sechs Aneurysmen, deren drei von der Concavität (einer davon war mit Phthisis pulmonum complicirt), drei von der Convexität der



aufsteigenden Aorta ausgingen, bilden den Gegenstand dieses Studiums, aus welchem Verf. die Folge zieht, dass die Vertheilung dieser Aneurysmen keiner absoluten Norm unterworfen ist, da sie sich in den verschiedensten Stellen der Arterie entwickeln können, resp. wo der Process der chronischen Endo- und Mesoarteritis, der häufigste Grund, am stärksten eingewirkt hat. Die aus der Concavität ausgehenden Aneurysmen bilden, wenn sie ein bedeutendes Volumen eingenommen haben, eine links vom Sternum pulsirende Geschwulst, wesswegen man im Leben zweifeln kann, dass sie einem Aneurysma der Pulmonalis angehöre. — Sie bedingen Compression der Pulmonalis; aber diese Compression kann nicht als Grund der in einem Fall beobachteten Phthisis angenommen werden, weil diese in den anderen zwei Fällen fehlte. Verf. meint auch, dass die Häufigkeit der Aneurysmen der Concavität nicht derjenigen der Aneurysmen der Convexität nachstehe.

Graziadei.

95. **Prof. Colomiatti, Contribuzione allo studio della Endocardite acquisita acuta unilaterale destra.** Beitrag zur Kenntniss der Endocarditis acquisita, acuta, unilateralis, dextra. (Archivio per le scienze Mediche Vol. V. No. 19.)

Indem Verf. sechs von ihm zwei Jahre hindurch beobachtete Fälle veröffentlicht, lenkt er die Aufmerksamkeit der Kliniker auf diese für sehr selten im Verhältniss zur linken unilateralen Endocarditis gehaltenen Form und zieht aus seinen in kurzer Zwischenzeit beobachteten Fällen den Schluss, dass sie keineswegs, wie man gewöhnlich meint, so selten vorkommt. Die Resultate der Arbeit sind folgende:

1. Die Krankheit kann die Tricuspidalis allein, oder die sigmoidea der Pulmonalis, oder gleichzeitig alle Klappen des rechten Herzens treffen.
2. Die Endocarditis kann gleichzeitig in einem ostium die ulceröse, im anderen die verrucöse Form einnehmen.
3. Beide Geschlechter werden mit gleicher Häufigkeit getroffen.
4. Was das Alter betrifft, so wurde sie bei Kindern, Erwachsenen und Alten beobachtet.
5. Der Process der rechten acuten Endocarditis kommt nicht nur auf den Klappen, sondern auch auf dem Endocardium parietale vor, wo er die vegetirende Form annimmt.

Mya (Turin).



96. **Huchard, Coliques hépatiques et coliques néphritiques de la grossesse et de l'accouchement.** Gallenstein- und Nierensteinkoliken während der Schwangerschaft und des Wochenbetts. (L'Univ. méd. Nr. 52 und 55.)

Verf. stellt eine Reihe theils eigener theils fremder Beobachtungen zusammen, aus denen hervorgeht, dass während der Schwangerschaft resp. des Wochenbettes öfters Gallenstein- und Nierensteinkoliken vorkommen, welche im ersteren Falle, besonders wenn sie gegen Ende der Schwangerschaft eintreten, zur Verwechslung mit beginnenden Wehen Anlass geben, im letzteren eine beginnende Peritonitis vortäuschen können. Das Fehlen von Uteruscontractionen resp. stärkerem Fieber klären den Irrthum immer bald auf. Die relative Häufigkeit von Gallensteinkoliken während der Schwangerschaft veranlasste H., die Frage zu untersuchen, ob es sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, oder ob durch die Schwangerschaft die Concrementbildung in der Galle begünstigt wird. Er glaubt, dass, besonders bei Frauen mit arthritischer Diathese die Ruhe und die weichliche Diät während der Schwangerschaft in diesem Sinne wirken; bei Frauen aus den besseren Ständen kommen nach ihm Gallensteinkoliken während der Gravidität öfter vor, als bei Frauen aus der arbeitenden Klasse. Ferner kann durch den Druck des schwangeren Uterus der Abfluss der Galle aus der Gallenblase erschwert und dadurch die Bildung von Concrementen veranlasst werden. Dabei können, indem die Compression des Ductus choledochus das Eindringen von Steinen in denselben verhütet, während der Schwangerschaft selbst die Symptome der Gallensteinkolik fehlen, und treten erst einige Tage nach der Entbindung ein. Betreffs der einschlägigen Beobachtungen ist auf das Original zu verweisen.

Ferner glaubt H. gefunden zu haben, dass bei nicht stillenden Frauen Gallensteinkoliken öfter vorkommen als bei stillenden, lässt es aber dahingestellt, in wie weit die Lactation dabei von Einfluss ist. Therapeutisch empfiehlt H. während der Anfälle Morphiuminjectionen, ferner Bewegung, geregelte Diät und den Genuss alkalischer Mineralwässer, hält dagegen den von einigen empfohlenen Gebrauch der Bäder von Vichy etc. für contraindicirt, weil dadurch leicht Abortus hervorgerufen werden könne.

Brockhaus (Godesberg).

---

97. **Verhandlungen des 1. Congresses für innere Medicin vom 20.—23. April zu Wiesbaden.**

I. Ueber die Pathologie des morbus Brightii.

In seinem Referate über den jetzigen Stand der Ansichten über den Symptomencomplex des morbus Brightii knüpft Leyden an eine



kurze historische Uebersicht an. Im Laufe der Zeit haben die pathologisch-anatomischen Arbeiten reichliches Material geliefert, und damit ist der klinischen Beobachtung die Aufgabe gestellt, Krankheitsbilder zu liefern, welche sich mit den pathologisch-anatomischen Befunden decken und Anhaltspunkte zu gewinnen, aus den Symptomen auf bestimmte anatomische Veränderung zu schliessen. Nach der Auffassung, welcher die classischen Arbeiten Frerichs Bahn gebrochen, gilt als Grundlage des morbus Brightii eine Nephritis, ein wirklich entzündlicher Vorgang in den Nieren, der diffus die Nieren durchsetzt, zu dessen Definition es weiter gehört, dass er in drei Stadien verläuft. Zugegeben den entzündlichen Charakter des morbus Brightii, trennt Leyden einige Prozesse ab, welchen im engeren Sinne der Name des morbus Brightii nicht zukommen darf, obgleich einige Symtome grosse Aehnlichkeit mit denen des morbus Brightii bieten; und zwar deshalb trennt Leyden diese Prozesse, weil ihnen eine eigentlich entzündliche Natur nicht zuerkannt werden kann. Es sind dies: die Stauungsniere, die amyloide Niere, die Schwangerschaftsniere und die Nierensclerose. Unter der letzten Bezeichnung ist die Form der Nierenerkrankung zu verstehen, welche Bartels als genuine Schrumpfung bezeichnet, und die von Gull und Sutton auf eine allgemeine Erkrankung der Arterien zurückgeführt wurde. Leyden hält an der Thatsache fest, dass es eine klinisch, wie anatomisch gleich bestimmt characterisirte Nierenschrumpfung gibt, die nicht das Endresultat einer Entzündung ist, sondern sich gewöhnlich in hohem Alter im Zusammenhange mit Arteriosclerose entwickelt. (Bartels genuine Nierenschrumpfung.)

Wenn diese Formen aus der Bezeichnung des „morbus Brightii“ ausgeschieden werden, so bleibt eine Gruppe von Erkrankungen dafür übrig, bei welcher es sich um wirkliche „Nephritis“ handelt; eine Gruppe, welcher Leyden einen Typus zuschreibt, weil ein principieller Unterschied zwischen parenchymatöser und interstitieller Entzündung nicht aufgestellt werden darf. Den Typus dieser Nephritis stellt dar die acute oder infectiöse Nephritis. Dieselbe entsteht zuweilen spontan, am gewöhnlichsten nach acuten Infectionskrankheiten. Aber nothwendig müssen verschiedene Formen aufgestellt werden, in welchen die genannte Nephritis zur Erscheinung kommt, denn einmal zeigen die Nephritiden, welche sich an verschiedene Infectionskrankheiten anschliessen, wichtige Differenzen, andererseits halten denselben Typus der Erkrankung ein eine Anzahl von Entzündungen der Nieren, die im Einzelnen wesentliche Verschiedenheiten darbieten: septische Nephritis, toxische Nephritis, Nephritis durch Ablagerung von Salzen, u. s. f. Trotz der evidenten Verschiedenheiten, welche klinisch, nach Aetiologie, Prognose und nach Behandlung diesen verschiedenen Formen zuzuerkennen ist, bekunden sie in wesentlichen Puncten ihre Zusammengehörigkeit. Es kommt diesem Typus zu der Verlauf in drei Stadien. Für die frische, infectiöse Nephritis constatirt Leyden, dass sie als zweites Stadium das der fettigen Degeneration durchmacht, um im dritten Stadium, dem der weissen Schrumpfniere zu endigen. Aber wohl zu beachten ist hier, dass durchaus zu trennen sind die rothe und die weisse Schrumpfniere. Die rothe ist der sclerotischen genuinen Nierenschrumpfung Ausgang, sie entspricht der sclerotischen

Entartung der Gefässe, während die weisse secundärer, entzündlicher Natur ist.

An dies Referat Leydens schloss sich das Correferat Rosensteins und dann die Discussion.

Was zunächst die Frage nach den pathologisch-anatomischen Verhältnissen angeht, so betont Rosenstein seine Uebereinstimmung mit der Ansicht Leydens, dass es eine rein interstitielle oder parenchymatöse Nephritis von einander trennbar nicht gibt, sondern nur eine diffuse. Rosenstein erinnert dabei besonders an das Verdienst Weigerts um diese Anschauung. Die entgegengesetzte Ansicht Bartels entspricht den von ihm schön gezeichneten aber künstlichen und schematischen Krankheitsbildern. Die Betheiligung der Glomeruli entspricht der von Klebs beschriebenen Erkrankung, welche dieser aber nur für die Scharlachnephritis reservirte. Epithelsvermehrung, Vermehrung der Kerne und spätere Desquamation des Epithels; wobei aber Desquamation nicht immer als Ausdruck der Entzündung aufzufassen ist.

Den Ort anlangend, wohin der Beginn des nephritischen Prozesses zu verlegen sei, führte nachher Aufrecht aus, dass der Prozess der Nephritis nicht im interstitiellen Gewebe, resp. im Anschluss an die Gefässe, sondern in der primären activen Betheiligung der Epithelien die Anfangserscheinungen mache.

Aufrecht stützt sich dabei insbesondere auf seine Erfahrungen nach Ureterunterbindungen. Die nächste Veränderung, welche sich an dieses Experiment anschliesst ist die der Epithelien. Es kann eine Zeit von 3 Tagen vergehen, ehe Veränderungen im interstitiellen Gewebe zu erkennen sind. Die Vermehrung der Kerne in den Interstitien ist zeitlich später und wird deshalb als secundär aufgefasst. Auch wendet sich Aufrecht gegen den Einwand, die in den ersten 24 Stunden nach der Ureterunterbindung auftretende Bildung von Fibrincylindern sei die Folge der venösen Stauung, der die Ansicht involvirt, dass die entleerten Cylinder als Secret des Blutes auftreten; und zwar macht er dagegen geltend, dass in späterer Zeit, obgleich die Menge des Harnes sich vermehrt, im Nierenbecken doch keine Cylinder mehr vorhanden sind.

Aber welcher Natur sind die ersten Veränderungen der Epithelien nach Ureterunterbindung? Nach Aufrecht sind sie keineswegs einfache Ernährungsstörung, Atrophie, sondern entsprechen einem activen Vorgang; da nach längerer, bis zu 42-stündiger Dauer der Ureterunterbindung die Epithelien nicht etwa verschwunden sind, sondern als blasse Zellen mit deutlichem Kerne noch existiren.

Aufrecht geht aber noch weiter und erklärt die Erkrankung der Interstitien als die Folge der parenchymatösen, welche ihrerseits mit ihren chemischen Vorgängen als das Irritament anzusehen sei. Mit Zugrundelegung dieser Anschauung liesse sich die einfache Albuminurie verstehen, als entsprechend einer leichten Reizung der Epithelien, während die Nephritis dem fortgeschrittenen Zustande mit der Betheiligung schon des interstitiellen Gewebes entsprechen würde.

Die Folgerung aus diesen Anschauungen ist die Unterscheidung der Nierenkrankheiten nach 3 Formen.



a) der primären parenchymatösen Nephritis,

b) der amyloiden Nephritis, bei welcher erst durch die Veränderung der Gefässe resp. der Glomerulusschlingen eine Erkrankung der Epithelien mit nachfolgender Wucherung im interstitiellen Gewebe bedingt wird,

c) der Glomerulonephritis, welche bei chronischem Verlauf die Schrumpfniere bedingt.

Dementgegen begrüsst Klebs die Ansicht, welche zur Beseitigung des Begriffs der parenchymatösen Nephritis drängt. Er findet es deshalb begreiflich, dass die parenchymatösen Veränderungen immer wieder in den Vordergrund kommen, „da es in der That Fälle gibt, in welchen scheinbar nur die von Aufrecht mit Recht betonten Epithelveränderungen vorhanden sind. Aber erstens fehlen in solchen Fällen nie hämorrhagische Zustände, zweitens lehrt das in solchen Fällen entwickelte klinische Bild die Zusammengehörigkeit mit interstitieller Nephritis, drittens lassen sich auch die interstitiellen Prozesse wirklich nachweisen.

Wie Rosenstein verlangt, dass zur Annahme des morbus Brightii nothwendig entzündliche Veränderungen der Interstitien der Glomeruli gehören, so misst auch Klebs der interstitiellen Form der Glomerulonephritis Bedeutung für die Entstehung des morbus Brightii zu; erkennt daneben die Verschiedenheit der epithelialen Form (Langhans) der Glomorulonephritis von der interstitiellen an.

Die andere Form der Granularatrophie, die ausschliesslich durch Arteriosclerose veranlasst, dem von Leyden aufgestellten Bilde der rothen Schrumpfung (Nierensclerose) entspricht, kommt nach Klebs nicht so selten vor. Für diese Fälle verneint auch Klebs absolut die enzündlichen Veränderungen mit Ausnahme der Verdickung der Arterienwand. Hier rücken an den geschrumpften Stellen die fibrös entarteten Glomeruli näher aneinander, ebenso wie nach hämorrhagischen Infarcten und ähnlich wie nach Syphilis. Nach Klebs würde sich ein Theil der von Bartels angenommenen primären Nierenschrumpfung hiermit decken, „während ein anderer Theil dieser Fälle von Bartels und zwar die entzündlichen, sich wohl aus einem sehr langsamen Verlauf des entzündlichen Prozesses mit gleichzeitig compensirender Leistung der freibleibenden Parthien der Niere erklären lassen“.

Eine reine Nierenschrumpfung ohne jede Bindegewebsneubildung wird dagegen von Rindfleisch geleugnet. Auch erkennt er die arterio-capillary-fibrosis im Sinne von Gull und Sutton nicht an. Nach seiner Ansicht entspricht als anatomische Grundlage der acuten Nephritis mit möglichem Ausgang in sog. genuine Nierenschrumpfung Virchows parenchymatöse Nephritis mit Schwellung, fettiger Degeneration und nachfolgendem Collapsus der Corticalsubstanz. Hierzu ergänzend ist hinzugetreten die Glomerulonephritis und wesentlich erweitert ist die Virchow'sche Lehre durch die Erkenntniss der interstitiellen Infiltration mit farblosen Blutkörperchen. Es findet dieser interstitielle Prozess in verschiedener Ausdehnung statt, so dass er eventuell das Wesentliche ausmacht, und durch seine Betheiligung entstehen Mischformen, die als weisse Schrumpfniere, gefleckte Niere etc. erscheinen.

Was indessen die Gefässerkrankung angeht, so will Ewald einen

Unterschied angenommen wissen zwischen der Gefässerkrankung der Nieren, und der des gesammten Organismus, so dass in einem Theil der hierhergehörigen Fälle die Gefässerkrankung der Niere nicht der Ausgangspunkt der Krankheit, sondern erst secundäre Folge des interstitiellen Wucherungsprozesses sei.

Von Rosenstein wird das Vorkommen der Gull-Sutton'schen arterio-capillary-fibrosis als so selten betrachtet, dass es für die Aetiologie des morbus Brightii keine Rolle spiele; die häufigst vorkommende Gefässveränderung ist nach seiner Ansicht die Hypertrophie der muscularis, welche er mit Wagner für secundär hält.

Soviel von den Verhandlungen über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse.

Welche von den behandelten anatomischen Veränderungen den Begriff des morbus Brightii decken sollen, darüber gingen die Ansichten auseinander, abgesehen von der allerdings sehr wichtigen Uebereinstimmung der Kliniker, nur von der diffusen Nephritis zu reden, eine Theilung also nach parenchymatöser und interstitieller Nephritis fallen zu lassen. Aber während Leyden nur die Nierenentzündungen dem morbus Brightii zurechnet, welche den einen von ihm näher bezeichneten Typus (acute, infectiöse Nephritis) einhalten, deren Verlauf 3 Stadien entspricht, hält Rosenstein für die Grundlage des morbus Brightii die diffus entzündlichen Veränderungen, welche mit Betheiligung der Interstitien der Glomeruli verlaufen, gleichgiltig ob sie in acuter oder chronischer Entwicklung zu Stande kommen.

Wenn Rosenstein dafür geltend macht, dass Bright selbst die Krankheit als Nephritis aufgefasst habe, so führt dagegen Leyden an, dass die späteren Forschungen aber constatirten, nicht Alles sei durch Entzündung bedingt, was Bright unter seinem Symptomencomplex der Nephritis vereinigte, denn er habe auch amyloide Degeneration, Schwangerschaftsniere und die sclerotische Schrumpfung darunter subsumirt.

Den Verlauf in 3 Stadien hält Rosenstein für nicht so wesentlich für die Feststellung des Begriffs morbus Brightii. Er gibt zu, dass Fälle unzweifelhaft vorkommen, in denen man die 3 Stadien verfolgen kann, hält aber andrerseits daran fest, dass in den meisten Fällen eine Entwicklung der Schrumpfniere aus acuter Nephritis weder am Leichentische, noch am Krankenbette nachgewiesen werden kann, während andrerseits eine Entwicklung der Granularatrophie aus der von ihm so genannten glatten Schrumpfniere bewiesen sei. Es kann eine grosse Niere trotz jahrelanger Dauer gross bleiben und eine kleine von Anfang an die Tendenz zur schrumpfenden Entzündung zeigen; und klinisch werden dabei von Anfang an die Erscheinungen der Schrumpfung beobachtet.

Auch wendet sich Rosenstein entschieden gegen die Auffassung der weissen Granularentartung als Product eines in 3 Stadien verlaufenden Processes und die daraus abgeleitete Trennung von der rothen als genuinen; denn klinisch bieten beide Formen dieselben Zeichen dar.

Die Verwerthung der klinischen Beobachtung wird von Rühle ganz besonders betont, sowie auch Leyden es verwirft, für die ein-

zelnen Formen den pathologisch-anatomischen Befund allein massgebend machen zu wollen; Rühle hebt hervor, dass eine Uebereinstimmung der pathologisch-anatomischen Anschauung mit den klinischen Befunden bis jetzt noch nicht erzielt ist. Aber die klinischen Beobachtungen stellen sich in grosser Häufigkeit so dar, dass aus ihnen ungekünstelt sich ergibt: Die „diffuse Erkrankung der Nierenrinde“ beim Menschen liefert 3 Gruppen von Krankheitsbildern und es entsprechen diese 1. der grossen rothen, 2. der grossen weissen und 3. der Granular-Niere (schematisch gesprochen). „Die erste Form findet in der Scharlachniere ihren häufigsten Repräsentanten, verläuft acut, meist günstig oder resp. tödtlich durch Uraemie oder acute Hydropsie; die zweite Form kann acut anfangen, meist fehlt die Feststellung ihres Anfangstermins, der Hydrops ist ihr eigentliches Symptom, mit ihm fängt das Kranksein an, mit ihm schliesst es ab, entweder in acuter Steigung oder in allmählichem Maximum; die dritte Form repräsentirt die von Bartels herausgehobene Schrumpfniere. Im einzelnen Falle gewinnt man fast niemals eine befriedigende Aetiologie, das Krankheitsbild wird von der Herzhypertrophie, den Erscheinungen des Nervensystems, der Augen, des Athmungs- und Verdauungsapparates zusammengesetzt, vielleicht Alles urämische Symptome, die Hydropsie fehlt meist, der Tod ist unvermeidlich.“

Das bestreitet auch Leyden nicht, dass es klinisch erkennbar eine Form der Nierenschrumpfung gibt, die nicht als Endresultat einer Entzündung aufzufassen ist, welche Rühle eben schildert und die Bartels die genuine Schrumpfung nennt.

Für die Lehre von den drei Stadien hält er aber fest, dass die Thatsache bewiesen ist: „Nierenschrumpfung in Folge von Scarlatinanephritis, Gelenkrheumatismus,- Intermittens-, Typhus-Nephritis ist beobachtet.“

Indem Leyden der Ansicht ist, dass die Einheit der nephritischen Erkrankungen besteht, da es keine principielle Differenz zwischen parenchymatöser und interstitieller Nephritis gibt, und er an dem übereinstimmenden Typus aller Nephritiden festhält, ist er sich dessen wohl bewusst, dass eine grosse Mannichfaltigkeit der Symptomatologie, des Verlaufs und selbst der anatomischen Verhältnisse durch die Aetiologie des Einzelfalles erzeugt wird, und dass diese Mannichfaltigkeit für die Aufgabe des Arztes die Nothwendigkeit bedingt, einzelne Unterformen zu erkennen. Diesen Standpunkt theilt Rosenstein nicht. Rosenstein will freilich verschiedene aetiologische Momente beobachtet wissen, aber ihr Verhältniss so behandeln, wie auch bei anderen Erkrankungen Aetiologie in verschiedensten Dingen zu finden sind. Einestheils ist es nach Rosenstein nicht bewiesen, dass bei den Infectionskrankheiten die Parasiten mit Sicherheit als Ursache der Nephritis gedacht werden müssen, anderntheils hält er es für unmöglich, nach den klinischen Erscheinungen allein ohne Kenntniss der aetiologischen Momente die solchen entsprechenden verschiedenen Formen der Nephritis zu unterscheiden. So gibt auch Rosenstein die Erzeugung der toxischen Nephritis durch Bleivergiftung nicht zu, deren Existenz Leyden mit Entschiedenheit behauptet. Rosenstein gibt sie nicht zu, weil seine und Heukels Experimente keine Albuminurie



durch Bleiintoxication erzeugen liessen und indem er die Statistik, aus welcher Wagner die Bleinephritis erschliesst, als von falschen Gesichtspunkten aufgestellt widerlegt.

Dies sind wohl die Grundzüge der Verhandlung über die pathologische Anatomie, die Definition, den Verlauf und die Aetiologie des morbus Brightii. Es erübrigt nun noch die Discussion über die Therapie zu besprechen.

In diesem Punkte gingen die Ansichten auseinander. Leyden wendet sich gegen das absolute Aufgeben der diuretischen Behandlung, welches ja häufig heutzutage mit einer übertriebenen Anwendung der Diaphorese zusammengeht. Er hält die Folgen der angewandten Diuretica auch für die entzündeten Gewebe für nicht so bedenklich, während er anderseits der Diaphorese zwei Vorwürfe macht. Erstens befördert sie die Congestionen nach Nieren, Lunge und Herz, zweitens erreicht sie keine günstige Beeinflussung des Nierenprocesses, so dass ihr Effect sich auf die Wasserentfernung beschränkt.

Auch Immermann empfiehlt den Gebrauch der methodischen Diurese und hebt als gut wirksam von den diuretischen Stoffen das Kali aceticum hervor. Rühmt dann speciell die kräftig diuretische Wirkung der Borsäure.

Dagegen verwirft Rosenstein durchaus die Anwendung der Diuretica bei acuter Nephritis. Zuerst liegt die Gefahr ihrer Anwendung darin, dass sie das noch gesunde Gewebe krank machen, zweitens hält es Rosenstein für überflüssig, Diuretica zur Erlangung einer Mehrausscheidung zu verwenden, da wir in Ableitung auf Haut und Darm Wasser und Salze entziehen können, ohne Betheiligung der Nieren.

Auch Rühle macht zur Stütze der diaphoretischen Behandlungsmethode geltend, dass erfahrungsgemäss nach Anwendung der methodischen Diaphorese die Harnausscheidung steigt, woraus zu schliessen, dass die Behandlung nicht allein durch Wasserentziehung durch die Haut wirke. In diesem Falle müsste ja umgekehrt die Harnmenge sinken, wenn compensatorische Ausscheidung durch die Haut allein erreicht würde.

Pilocarpin wird durchaus von allen Seiten verworfen, weil seine Nebenwirkungen zu gefährlich sind.

Rosenstein berichtet, dass seine eingehenden Untersuchungen ihn kein Mittel haben finden lassen, um die Eiweissausscheidung zu vermindern. Tannin auch in der neu empfohlenen Form liess im Stich. Plumbum aceticum wirkt zwar, aber seine Folgen verbieten längere Anwendung.

Während also für die acute Nephritis von Rosenstein der diaphoretischen Behandlung das Wort geredet wird, stellt er für die Therapie der chronischen Nephritis 2 Indicationen auf: Erhaltung der Kräfte des Patienten durch Tonica (Eisen und Chinin), und Vorbeugen oder Bekämpfung der Herzschwäche.

Finkler.

98. **Dr. Rossi di Karthun, Del Mylabris fulgurita e sua azione antirabbica.** Mylabris fulgurita und ihre antirabische Wirkung. (Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino. No. 1. 2. 1882.)

Im Jahre 1863 hatte Verf. in Aegypten Gelegenheit, von einem hygrophoben Hunde sprechen zu hören, welcher fünf Menschen gebissen hatte, von denen drei gestorben waren und zwei verdankten die Heilung dem Gebrauche des Specificum eines arabischen Weibes, welche in der Gegend von Zagazig wanderte. Das Specificum besteht aus einem Coleopter, welchen die Beduinen unter dem Namen Danark kennen, und man wissenschaftlich Mylabris fulgurita nennt. Die Mylabris lebt auf einer Graminacea (Aristida flumosa?) und ist sehr ähnlich unseren Cantariden. Verf. erinnert an die Thatsache, dass auch andere dieser Ordnung angehörende Insekte als antirabische Heilmittel gebraucht werden, unter denen er erwähnt die Cetonia aurata in Russland (Provinz von Saratow), die Mylabris bimaculata in Griechenland (Salamina), die Meloë in Frankreich und Sicilien, die Mylabris tenebrosa in Tunis. Die Weise der Darreichung ist folgende: die Araber von Zagazig wickeln die Mylabris in eine Dattel ein, während die Araber von Tunis das Insekt in einem Fleischstück darreichen. In Russland wird das fein pulverisirte Insekt über einem mit Butter bestrichenen Brodstück ausgebreitet.

Was die Dosis betrifft, so nehmen die Beduinen zwei, drei Insekten täglich mehrere Tage hindurch. Die physiologischen Wirkungen des Heilmittels sind Strangurie, Lendenschmerzen, Diarrhoë, Entleerung von Pseudomembranen im Harne, Haematurie — nach äusserlicher Anwendung Blasenbildung — kurz, diejenigen unserer Cantariden.

Graziadei.

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 26. Mai. Nro. 8.

99. **Dr. A. Seeligmüller** (Halle), **Die Stellung des Schulterblatts bei Serratuslähmung.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 9.)

Das Schulterblatt, vornehmlich sein unterer Winkel, kann der Wirbelsäule genähert (Rhomboidei) und von derselben abgezogen (Serratus), ferner im Ganzen, vornehmlich mit dem oberen inneren Winkel, nach oben gezogen werden (Cucullaris und Levat. ang. scap.) und durch seine Schwere nach unten sinken; endlich kann es um eine ungefähr in der Richtung der Spina scapulae verlaufende Achse rotirt werden (Pectoral. min., Biceps brach., Coracobrachial.). Das Schlüsselbein hemmt als Führungsstange manche Bewegungen; Rhomboidei, Serrat. ant. mai. und Latissim. dorsi fixiren das Schulterblatt am Brustkasten. — Nachdem S. noch darauf hingewiesen, dass Lähmung eines Muskels nothwendig Kontraktion und ev. Kontraktur des nicht gelähmten Antagonisten zur Folge haben muss, beweist er erstens, dass bei länger bestehender Serratuslähmung eine abnorme Annäherung des unteren Schulterblattwinkels gegen die Wirbelsäule auch während der Ruhelage nicht ausbleiben kann. Bei jeder Innervation des Serratus würden auch seine Antagonisten, die Rhomboidei innervirt; diese kämen bei Lähmung des Serrat. allein zur Wirkung,



und so entstehe eine habituelle Adduktionsstellung des unteren Schulterblattwinkels.

Zweitens wird bei länger bestehender Serratuslähmung der untere Schulterblattwinkel vom Thorax abgehoben durch Kontraktion des Pectoralis minor, des Coracobrachialis und Biceps, welche die oben erwähnte Rotation bewirken. Dazu kommt noch, dass in Folge der Annäherung an die Wirbelsäule der den unteren Winkel bedeckende Latissimusstreifen schmaler wird, und so der von letzterem geführte untere Schulterblattwinkel leichter entschlüpfen kann. Durch die häufigen Bewegungen genannter Muskeln muss das Abstehen des unteren Winkels auch in der Ruhelage habituell werden.

Drittens wird bei Serratuslähmung der ganze mediane Schulterblattrand abgehoben durch die Wirkung des Infraspinatus, der normaler Weise sein punctum fixum am Schulterblatt hat und den Oberarm abducirt, bei gedachter Lähmung aber das punctum fixum an der Oberarminsertion findet und nun den medianen Rand des nicht mehr fixirten Schulterblattes von der Thoraxfläche abhebt. Diese Stellung wird weniger leicht als die vorige habituell, weil die Rhomboidei und der Cucullaris dem Abgehobenwerden des medianen Randes mehr entgegenwirken als dem des unteren Winkels.

Im Anschluss hieran theilt B. noch 2 Beobachtungen von idiopathischem Cremaster-Krampf mit, die nicht, wie gewöhnlich, als Reflexerscheinungen (Folge von Neuralgia testis, Enteralgia, spinaler Gastralgie), sondern ohne alle Zeichen einer primären sensiblen Reizung auftraten. Es handelte sich bei beiden Patienten um einen tonischen, 2—3 Minuten dauernden, mehrmals am Tage sich wiederholenden Krampf. Im einen Fall Heilung durch subkutane Atropin-Injektionen, im andern, wo dieses Mittel im Stiche liess, durch dreiwöchige Galvanisation.

Stintzing (München).

---

100. **Dr. Jehn** (Merzig), **Zur Aetiologie der Epilepsie im Kindesalter.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 3.)

Durch die Erfahrungen verschiedener Autoren, insbesondere auch durch den von Neftel mitgetheilten Fall von Epilepsie in Folge von kräftigen Schlägen auf den Kopf, ist der Zusammenhang von epileptischen Krämpfen mit Erschütterungen durch Schlag oder Fall eine erwiesene Thatsache geworden. J. zeigt durch den folgenden Fall, dass auch Ohrfeigen in dieser Hinsicht verhängnissvoll werden können. Ein 12jähr. Knabe, frei von erblicher Anlage zur Psychose oder Neuropathie, erhielt von seinem Lehrer einen Schlag mit der Hand zwischen Hals und Hinterkopf und stürzte bald darauf in epileptischen Konvulsionen zusammen. Nach Verlauf einiger Monate wiederholten sich die Anfälle mehrmals am Tage. Dazu kam eine zunehmende Erregung



und Verwirrtheit. Bei der Aufnahme in die Anstalt Merzig (nach 1 Jahr) ist eine epileptogene Zone nicht nachweisbar. Eine alte früher unempfindliche Narbe und noch mehr eine benachbarte Stelle sind auf Druck schmerzhaft; ebenso die Dornfortsätze des 4. und 5. Halswirbels. Auf Verordnung von Kal. bromat. verloren sich die Anfälle in kurzer Zeit. Der Zusammenhang jener Ohrfeige mit den epileptischen Anfällen steht in diesem Falle ausser Zweifel.

Ein zweiter Fall von plötzlich auftretenden epileptischen Konvulsionen war nicht durch effektive Erschütterung des Gehirns, sondern durch Schreck verursacht. Ein ebenfalls neuropathisch nicht belasteter Knabe von 7 Jahren wurde Nachts durch ein Geräusch geweckt und durch eine an's Fenster klopfende Gestalt heftig erschreckt. Sofort traten die heftigsten epileptischen Krämpfe auf und wiederholten sich nach längeren Intervallen mit erneuter Heftigkeit. Eine periphere Ursache oder epileptogene Zone waren nicht aufzufinden. Unter Behandlung mit kalten Abreibungen, Brom- und Jodkalium verloren sich die Anfälle; doch trat neuerdings eine Andeutung von choreatischer Unsicherheit der Bewegungen auf. Dieser Fall dürfte der einzige in der Litteratur sein, in welchem unmittelbar durch Schreck epileptische Krämpfe ausgelöst wurden.

Stintzing (München).

---

101. **Julius Simon, Des convulsions chez les enfants.** (Gaz. d. hôpit. NN. 54 und 55. 1882.)

J. S. theilt die Krämpfe der Kinder in drei Gruppen: eklamptische, epileptiforme und epileptische. Die erste Art der Krämpfe bildet den Gegenstand der Besprechung, welche die Aetiologie und Symptomatologie derselben ausführlich erörtert. Bei Einwirkung der Symptomatologie betont S., dass ein Anfall oder eine Serie sich an einander anschliessender Anfälle jedes Mal durch eine reichliche Harnentleerung seinen Abschluss finde. In dem zweiten Abschnitt bespricht S. die Differentialdiagnose der drei Gruppen von Krämpfen und die Prognose der eklamptischen Krämpfe. Während die Prognose in der Regel eine günstige ist, nimmt dieselbe einen ungünstigen Charakter an, wenn die Krämpfe im letzten Stadium des Keuchhustens, der Kapillarbronchitis u. s. w. auftreten.

Die Behandlung der Eklampsie der Kinder wird von den meisten Autoren, insbesondere von Trousseau für ohnmächtig und unnütz gehalten. Im Gegensatz dazu befürwortet S. lebhaft als sehr nutzbringend die folgende Behandlungsweise:

1. Vorbeugende Behandlung. Wenn das Benehmen eines Kindes auffallend und bizarr, sein Schlaf unruhig und qualvoll wird, so soll dasselbe zur Vermeidung der Eklampsie, zu welcher es häufig durch erbliche Belastung disponirt sein wird, von seinen Gespielen getrennt



und möglichst ruhig, von Reizen aller Art entfernt gehalten werden. Die Funktionen der Digestionsorgane werden sorgsam überwacht, und Abends vor der leicht verdaulichen Mahlzeit werden kleine Dosen Bromkali gereicht. Das Zimmer sei mässig warm, ebenso die Bedeckung im Bett. Ab und zu etwas Magnesia oder kleine Lavements; Vermeidung aller Excitantien.

2. Behandlung des Anfalls. Möglichst bald nach Ausbruch der Krämpfe wird ein Klystier, bestehend aus Salzwasser und Oel, (vom Arzte selbst) applicirt. Ist der Mund des Kindes zugänglich, so wird mit einer Feder oder mit einem Pinsel das Zäpfchen gekitzelt, um Erbrechen hervorzurufen; wenn möglich wird ein Brechmittel gegeben. Dauert der Anfall fort, so lasse man das Kind etwas Aether oder besser Chloroform inhaliren. Bei Wiedereintritt der Krämpfe bringe man das Kind in ein Bad, welchem Senfmehl zugesetzt ist. Nach gründlichem Abtrocknen, wenn nöthig, nochmals Inhalationen von Chloroform, welches häufig auch das gewünschte Erbrechen erzeugt; nöthigen Falls auch nochmaliges Bad. Ausserdem nimmt das Kind bis zum Eintritt reichlicher Harnentleerung folgende Arznei (für ein zweijähriges Kind berechnet):

Aq. tiliae	100,0
Kal. bromat.	1,0
Moschi	0,05—0,1
Syr. Codein.	5,0
Syr. flor. aurant.	30,0.

Die Theorie mag gegen diese Medikation manche Einwürfe erheben; dieselbe ist in der Praxis bewährt und giebt gute Resultate. An den folgenden Tagen ist das Kind noch reizbar und nervös; man applicire dann mit Vortheil ein kleines (Einmarkstückgrosses) Vesikator in den Nacken, welches jedoch nicht länger als drei Stunden liegen darf.

E. Bardenhewer.

---

102. **Prof. Dr. O. Berger** (Breslau), **Ueber idiopathischen Zungenkrampf.** (Neurolog. Centralbl. 188. Nr. 3.)

Der isolirte selbständige Hypoglossus-Krampf ist eine der allerseltensten Krampfformen. B. hat die beiden nachstehenden Fälle von essentiellem Zungenkrampf beobachtet.

1. Eine 28jähr., neuropathisch nicht belastete, anämische, sonst völlig gesunde Dame bekam ohne jede nachweisbare Ursache plötzlich einen Anfall von Zungenkrampf, der sich seitdem in kleineren oder grösseren Intervallen, bisweilen mehrmals bei Tage und bei Nacht wiederholte. Nach einem 1—1½ Minuten dauernden Gefühl von Spannung oberhalb des Kehlkopfes und von Geschwollensein und Wogen der Zunge wird die Zunge „unwillkürlich und unbezwinglich, mit grosser Gewalt und in rhythmisch sich rasch folgenden Zuckungen (circa 50—60



Mal in der Minute) nach vorn gestossen". Nach dem 1—2 Minuten währenden Anfall bleiben noch für einige Minuten fibrilläre Zuckungen zurück. Dabei treten nie irgend welche cephalische Beschwerden auf. Ausser Anämie ergab die Untersuchung keinerlei Anhalt für die Entstehung der Krankheit. Die Zunge zeigte normale Motilität, Sensibilität und Ernährung. Unter Gebrauch von Ferrum, Chinin und Belladonna sowie einer Badekur mit Trinken von Eisenwasser verschwanden die Anfälle dauernd.

2. Die zweite Beobachtung betrifft einen äusserst kräftigen, blühenden 42 jähr. Mann, dem seit $2^1/_2$ Jahren von Zeit zu Zeit, bisweilen mehrmals in der Woche, ja sogar 3—4 mal an einem Tage „die Zunge plötzlich wider seinen Willen mit grosser Gewalt aus dem Munde herausgeschnellt" werde. Dies geschieht unter heftigem Schreck, ohne Vor- und Nachempfindungen, sowie ohne anderweitige Krampfbewegungen. Eine Ursache des Leidens war nicht zu eruiren.

Die beiden Fälle beweisen, dass es einen idiopathischen Zungenkrampf gibt; da weder Anhalt für reflektorische Entstehung des Krampfes noch ein sonstiger pathogenetischer Anhaltspunkt gegeben war, so ist am wahrscheinlichsten ein centraler — sei es kortikaler oder bulbärer — Reizungszustand des Hypoglossus anzunehmen.

Stintzing (München).

103. **Dr. R. Rumpf** (Düsseldorf), **Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 1 u. 2.)

R. berichtet zuerst über einen typischen Fall von Tabes, die vor 11 Jahren mit lancinirenden Schmerzen begann, woran sich Abnahme der Leistungsfähigkeit, Schwäche der Beine, abnorme Sensationen in Füssen und Händen, Gürtelgefühl und Blasenschwäche anschloss. Der Zustand verschlimmerte sich in den letzten Monaten der Art, dass P. nur mit Mühe und Hülfe eines Stockes einen Weg von 6 Minuten zurücklegen konnte. Dabei bestand Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, allgemeine Analgesie, Herabsetzung der Tast- und Temperatur-Empfindung und Vergrösserung der Tastkreise, Fehlen aller Sehnenreflexe und des Plantarreflexes. — R. unternahm die Behandlung mit dem faradischen Pinsel: positiver Pol auf dem Sternum, Pinsel am negativen Pol über den Rücken und die Extremitäten geführt, Dauer der Applikation ca. 10 Minuten, Wiederholung jeden 2. Tag. Nach 5maliger Pinselung waren die Schmerzen fast verschwunden, das Gefühl gebessert. Nach 4 Wochen waren die Sensibilitätsstörungen bis auf leichte Analgesie verschwunden. Da noch grosse Müdigkeit und Unsicherheit in den Beinen bestand, so wurde jetzt abwechselnd mit der faradischen Pinselung die Galvanisation des RM. vorgenommen. Nach 2 Monaten war von dem früheren Leiden

nichts mehr nachweisbar als das Fehlen der Reflexe, sowie leichte Vergrösserung der Tastkreise. Ein Jahr später hat sich der Zustand vollständig erhalten, und sind noch die Sehnenreflexe an den Armen, sowie der Plantarreflexe wiedergekehrt. Nur die Patellarreflexe fehlen noch.

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine Tabes mit erhaltenen Sehnenreflexen, während alle übrigen Symptome an dieser Diagnose nicht zweifeln liessen: Lancinirende Schmerzen, Paraesthesien in den Ober- und Unter-Extremitäten, Analgesie, Abnahme der Tastempfindung, Ataxie der Arme und Beine bei erhaltener motorischer Kraft, Störungen der Blasenfunktion, Impotenz. Nachdem eine galvanische und antiluetische Behandlung erfolglos geblieben waren, besserten sich unter der gleichen Behandlung wie im vorigen Falle die Schmerzen, wurde die Sensibilität und Blasenfunktion normal, und verschwand die Ataxie, Alles im Verlauf von 6 Wochen. Jetzt nach 2 Jahren ist von der früheren Affektion nichts mehr nachzuweisen als Impotenz.

Wenn Verf. auch bei einer Reihe weiterer Fälle mit diesem Verfahren befriedigende Resultate erzielt hat, so hat es ihm doch auch an weniger günstigen Erfolgen nicht gefehlt, und er ist weit davon entfernt, „dem faradischen Pinsel eine gleich günstige Wirkung bei allen Tabesfällen zuzuschreiben oder denselben als Universal-Heilmittel zu empfehlen."

Stintzing (München).

---

104. **Dr. N. Weiss** und **Dr. J. Mikulicz** (Wien), **Zur Nervendehnung bei Erkrankungen des Rückenmarkes.** (Wiener medic. Wochenschr. 1881, No. 36, 37, 38, 41, 43, 45, 47, 50, 53; 1882, No. 4, 7, 13.)

Die Verf. berichten in genauen Krankengeschichten über 8 Fälle von RM.-Erkrankungen, bei welchen theils von Billroth, theils von Mikulicz die Nervendehnung ausgeführt wurde.

I. Multiple Herdsklerose. Dehnung beider N. ischiadici. Tod nach 9 Tagen.

29jähr. Mann litt vor über 1 Jahr an Flimmern vor den Augen, bekam einige Monate später pelziges Gefühl und Schwäche in den Beinen, nach weiteren 3 Monaten Störungen der Blasen- und Darmfunktionen. Die Muskeln der Unterextremitäten verharrten in tonischer Starre, der Gang war spastisch, die Sehnenreflexe enorm gesteigert. Die Gegend des 3. und 4. Lendenwirbels war druckempfindlich, von Zeit zu Zeit trat Gürtelgefühl in der Lendengegend auf. Diese Störungen konnten nur als Erscheinungen der spastischen Spinalparalyse, begründet auf Sklerose der Pyramiden-Seitenstrangbahnen, aufgefasst



werden, und zwar wahrscheinlich in Abhängigkeit von einer Kompression des RM. Für die vorhandenen cerebralen Symptome (Flimmern vor den Augen, Nystagums etc.) konnte nur die multiple Herdsklerose in Frage kommen. — Mit Rücksicht auf den Wunsch des Pat., der alle Kuren vergebens angewandt, und auf die Erfolge Langenbuch's bei ähnlichen RM.-Leiden, dehnte Billroth beide Ischiadici. — Trotz guter Wundheilung war von Besserung keine Rede, vielmehr verlief der Fall nach 9 Tagen letal. Die Sektion ergab: Herdweise Sklerose in der Medulla spinalis und oblongata, sowie im Gehirn.

Auffällig war die Thatsache, dass trotz hochgradiger Veränderungen an den Hintersträngen keine Sensibilitätsstörungen bei Lebzeiten bestanden hatten. Dies dürfte seinen Grund in einer grösseren Resistenz der sensiblen Fasern gegenüber den motorischen haben, in der Weise, dass die gleich intensive Wucherung des interstitiellen Gewebes in den Seitenstrangbahnen bereits deutliche Reizerscheinungen hervorruft, während die Funktion der Hinterstränge noch intakt bleibt.

Wie häufig bei centralen Nervenleiden in Folge von mächtigen Nervenerregungen (Gemüthsbewegung etc.) erhebliche Verschlimmerungen beobachtet werden, so liegt hier die Annahme nahe, dass der letale Ausgang eine direkte Folge der durch die intensive Dehnung zu den schon bestehenden noch hinzugefügten Störungen gewesen ist. Es ist also bei ähnlichen therapeutischen Versuchen die grösste Vorsicht geboten.

In den nun folgenden Fällen handelt es sich ausnahmslos um Fälle von typischer Tabes.

I. Seit 16 Jahren bestehende Tabes dorsalis hohen Grades. Dehnung des r. Ischiadicus.

46jähr. M. Seit 16 Jahren lancinirende Schmerzen, seit 6 Jahren Sehstörungen (Sehnervenatrophie), gegenwärtig links vollkommene Amaurose, seit 2 Jahren Obstipation, später Formikationen, Schwanken beim Gehen; zuletzt Gehen nur bei kräftiger Unterstützung auf beiden Seiten möglich, seit 3 Monaten taubes Gefühl in den Fingern und herabgesetzter Tastsinn, schon länger Detrusorlähmung, erloschene Potenz. Bei der Aufnahme ausserdem Pupillenstarre, Ataxie der l. Hand und beider Unterextremitäten, schlendernder Gang, Tast- und Schmerzempfindung namentlich an den Fusssohlen bedeutend abgestumpft, Sehnenreflexe fehlen, ebenso Abdominal- und Cremasterreflex. Alle bisherigen Kuren waren erfolglos gewesen, weshalb sich der Kranke spontan zur Nervendehnung entschloss. Da die Sensibilitätsstörungen und die Ataxie am r. Bein stärker ausgeprägt waren, wurde der r. Ischiadicus (Mikulicz) gedehnt. Nach 10 Tagen Heilung per primam. Effekt: Die Opperation hat „im vorliegenden Falle die objektiv nachweisbaren Störungen des Kranken absolut unbeeinflusst gelassen, während die subjektiven Beschwerden des Patienten nur eine sehr geringe, wie es scheint, ganz vorübergehende Besserung (Verschwinden, resp. Nachlass des Kältegefühles an den unteren Extremitäten) erfuhren“. Nach einem späteren Bericht hat sich der Zustand sogar noch verschlimmert.



II. Seit 6 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung des r. N. ischiadicus.

44jähriger Mann mit ausgesprochener Tabes. Die Störungen vorzugsweise auf der rechten Seite entwickelt, weshalb auf dieser der Ischiadicus gedehnt wird (Billroth). Wundheilung per secundam. Der Erfolg war: völliges Verschwinden der lancinirenden Schmerzen und aller Sensationen bis auf Kältegefühl und Spannung im l. Unterschenkel, geringe Besserung der Ataxie, Aufhören der allerdings sehr geringen Blasenstörung; geringfügige Peroneus-Parese. Beobachtungsdauer $6^1/_2$ Wochen.

III. Seit 5 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung des r. N. ischiadicus.

48jähriger Bahnbeamter. Erfolglosigkeit verschiedener Kuren. Mit Rücksicht auf die vorwiegend am rechten Beine ausgesprochenen Störungen dehnte Mikulicz den rechten Ischiadicus. Heilung per primam. — Ataxie und Fehlen der Sehnenreflexe blieb unverändert. Subjektive Beschwerden gebessert, Kältegefühl verschwunden. Sensibilitätsstörungen zum Theil geschwunden. Nach 4 Monaten war der Zustand wieder wie vor der Operation, die subjektiven Beschwerden sogar verschlechtert.

IV. Seit 5 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

42jähriger Mann. Beide Ischiadici von Billroth gedehnt. Heilung per primam. Es persistirten die Sensibilitätsstörungen, die ataktischen Zustände, das Fehlen der Sehnenreflexe, die reflektor. Pupillenstarre. Verschlimmerung der Blasenstörung. Gehstörung durch Peroneus-Parese noch etwas gesteigert. Schmerzen und Paraesthesien unverändert, nur das Kältegefühl gebessert. Hierzu trat später noch Gürtelgefühl.

V. Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

50jähr. Mann, der ausser den Symptomen einer Hinterstrangsklerose auch an cerebralen Störungen, Gedächtnissschwäche, Alteration des Urtheilsvermögens etc., also an aufsteigender Paralyse oder wenigstens neben der Hinterstrangsklerose an Atrophie des Gehirns litt. Trotz ungünstiger Chancen wurde lediglich auf das Drängen des Kranken die Dehnung beider Ischiadici von Mikulicz vorgenommen. Heilung per prim. — Effekt: Die Dehnung hat in diesem Fall, der allerdings keine typische Tabes, wohl aber eine Hinterstrangsklerose darstellt, auf den RM.-Process keine günstige Wirkung ausgeübt. Das cerebrale Leiden wurde wenigstens nicht nachweisbar ungünstig beeinflusst.

VI. Seit $3^1/_2$ Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

Typische Hinterstrangsklerose ohne Besonderheiten bei einem 45jähr. Pat. Nachdem alle anderen therapeutischen Massnahmen im Stiche gelassen, wurde angesichts der intensiven lancinirenden Schmerzen, die den Kranken zum Morphiophagen gemacht hatten, sowie der hoch-



gradigen Gehstörung als ultimum refugium die Dehnung beider N. ischiadici von **Mikulicz** ausgeführt. Heilung per prim. — Die lancinirenden Schmerzen wurden nur für wenige Tage gebessert. Im Uebrigen sind nach 3 Monaten die leichten Sensibilitätsstörungen an den Unterextremitäten, sowie die Störungen von Seite der Blase und des Darmes vollständig geschwunden, die Ataxie hat aber eine Steigerung erfahren.

VII. Seit 2 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

Typischer Fall mit gastrischen Krisen bei einem 39jähr. Lehrer. Dehnung beider N. ischiad. (**Mikulicz**). Heilung per prim. Vorübergehend tritt Anaesthesie im l. Bein auf. Sonst war bei der Entlassung nach 11—12 Wochen nur ein Verschwinden der sehr geringen Blasenstörungen und Sensibilitätsveränderungen zu konstatiren, die gastrischen Krisen blieben unbeeinflusst; zu der vorhandenen Ataxie war noch eine Parese im l. Peroneusgebiete und in den Beugern des l. Oberschenkels hinzugetreten. Nach einer späteren Nachricht hatte sich der Zustand wieder wesentlich verschlimmert.

VIII. Seit 5 Jahren bestehende Tabes dorsalis. Dehnung beider N. ischiadici.

Typischer Fall ohne Besonderheit. 40jähr. Mann. Dehnung beider Ischiadici (**Mikulicz**). Heilung per prim. — Günstiger Einfluss auf die sensiblen Störungen, die Funktionen der Blase, des Darmes und der sexuellen Sphäre. Gehfähigkeit hat dagegen abgenommen. Parese des l. Peroneus. Beobachtungsdauer 3 Monate.

Es handelte sich also um 8 unausgewählte Tabeskranke im Alter von 39—50 Jahren und eine Krankheitsdauer von 2—16 Jahren. Mit Einer Ausnahme heilten alle 15 Operationswunden per primam. Die Vf. halten nach ihren Erfahrungen die Drainage nicht nur für überflüssig, sondern wegen der Möglichkeit einer nachträglichen Infektion in Folge von Verschiebung und Verunreinigung des Verbandes sogar unter Umständen für gefährlich.

Die Ataxie erfuhr 5mal keine Veränderung, 2mal eine Steigerung, 1mal eine leichte Besserung, die Sensibilität 4mal keine Veränderung, 2mal eine vorübergehende, 2mal anhaltende (3 Mon.) Besserung, Blasen-Darmfunktionen 2mal gebessert, 1mal Rückkehr der Potenz, 1mal neuauftretende Blasenlähmung. In den Schmerzen nur 1mal deutlicher Nachlass. 5mal trat Peroneusparese ein.

Ein besonderer Nutzen wurde den Kranken also nicht geleistet, und der Verlauf der Tabes in ihrem Wesen nicht beeinflusst, weshalb die Verf. von weiteren Versuchen abstehen wollen. Für ein entscheidendes Urtheil erscheint ihnen jedoch ihre Beobachtungsziffer noch zu klein. „Nur die genaue Vergleichung zweier grosser Reihen von möglichst gleichartigen Fällen, welche das eine Mal rein exspektativ, das andere Mal operativ behandelt wurden, können hier Aufschluss geben.“

Stintzing (München).



105. **Prof. Friedr. Schultze** (Heidelberg), **Ueber die anatomische Grundlage des Tetanus.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 6.)

Verf. polemisirt gegen Aufrecht, der als Ursache des Tetanus eine „parenchymatöse Entzündung“ der Ganglienzellen des Halstheiles etc. gefunden haben will, und wirft ihm vor, dass er sich einer ungenügenden Untersuchungsmethode (mit Glycerin) bedient und nicht gewusst habe, dass die Ganglienzellen im Halstheile stets kleiner sind als im Lendentheile. Zudem führe akute Degeneration der Vorderhornzellen zu akuten Lähmungen, nie zu tetanischen Erscheinungen.

Seit seiner früheren Publikation hat S. von Neuem 4 Fälle von traumatischem Tetanus, insbesondere die Gegend des motorischen Trigeminuskernes untersucht. Bei Karminbehandlung fanden sich nie für eine akute Myelitis oder Meningitis charakteristische Veränderungen. In einem von Becker mitgetheilten Falle von Tetanus nach Augenverletzung mit sympathischer Entzündung des anderen Auges ergab sich anatomisch eine Neuritis ascendens beiderseits bis zum foramen opticum, intracraniell waren Sehnerv und Chiasma normal; nichts von Meningitis oder (Bulb.) Myelitis; nur Rundzelleninfiltrationen, wie sie auch bei anderen akuten Krankheiten vorkommen, und in der Höhe des Trigeminuskernes Hyperaemie und kleine Extravasate, wie sie oft beim Tetanus und nicht nur im centralen Nervensystem gefunden werden. Also bestand, wie in allen gut untersuchten Fällen, keine Meningitis und man weiss auch positiv, dass Meningitis keinen Tetanus macht. Verf. vermuthet, dass auch die neuerdings von mehreren Seiten herbeigezogenen Anhäufungen von Lymphzellen um die Gefässe theilweise auf Irrthümern beruhen.

Stintzing (München).

106. **R. Burkart, Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica** (Dyspepsia nervosa). (Mittheilung aus der Wasserheilanstalt Marienberg. Bonn bei Max Cohen & Sohn. 1882.)

Die Dyspepsia nervosa macht ein Theilglied, ein Symptom der Neurasthenie aus; jenes Krankheitsbildes, dessen Kenntniss wir nur zum kleinsten Theile einer objectiven Krankenbeobachtung und dem Ergebniss einer nach exacter Methode angestellten Krankenuntersuchung verdanken, dessen meiste Krankheitserscheinungen wir erst durch die Aussagen der Patienten über ihre subjective Beschwerden und Empfindungen erfahren, deren Existenz und Begründung sich durch eine nachweisbare Veränderung an den entsprechenden Organen fast niemals darthun lässt. — B. stellt sich bei der Einreihung der Dyspepsia nervosa in den Rahmen der Neurasthenie auf den Stand von Beard und Rockwell gegenüber Leube, welcher die Dyspepsia nervosa als eine eigenartige, isolirte Organerkrankung in die Classe der übrigen Magen-



leiden einreiht; wie wohl auch Leube die Bezeichnung nervöse Dyspepsie nur für diejenigen Krankheitsbilder gelten lassen will, bei welchen von anatomischer Seite nichts im Wege steht, eine ausschliessliche Betheiligung des Nervensystems, speciell der Magennerven am Zustandekommen der Dyspepsie anzunehmen und diese Form unterschieden wissen will von jener nervösen Dyspepsie, welche als Symptom bei den pathologisch-anatomisch greifbaren Erkrankungen des Magens auftritt. Um Verwechslungen vorzubeugen und um die Zusammengehörigkeit der hier gemeinten Verdauungsstörungen mit Neurasthenie schon durch den Krankheitsnamen klar auszudrücken, schlägt B. statt der Bezeichnung „nervöse Dyspepsie“ den von Hutschinson benutzten Namen Neurasthenia gastrica vor, und möchte damit nur solche Fälle von Nervenschwäche bezeichnen, welche mit einer besonderen Anomalie der Magen-Darmverdauung einhergehen. — Dem oft äusserst complicirten Bilde der Neurasthenie entsprechend wird auch sehr häufig eine combinirte Nomenklatur nöthig werden, wie z. B. die Bezeichnung: Neurasthenia cerebralis gastrica u. dgl. m. Betreffs der weiteren Gruppirung der hierher gehörigen Krankheitsfälle sind zunächst solche zu unterscheiden, bei denen die Anomalien in der Thätigkeit des Magens und Darmes eine solche Intensität erreichen, dass die Patienten ihre dahin bezüglichen Klagen in den Vordergrund aller anderen neurasthenischen Beschwerden stellen und auch anamnestisch der Beginn des Leidens mit Verdauungsstörungen sich feststellen lässt. — Bei einer anderen Art von Krankheiten erreichen die Anomalien der Magen-Darmfunctionen keine besondere Höhe gegenüber den anderen neurasthenischen Symptomen und betreffs ihrer Entstehungszeit treten sie erst in zweiter Reihe auf; dabei werden von den Patienten selbst aber doch alle nervösen Erscheinungen in ein Abhängigkeitsverhältniss zu den Verdauungsstörungen gebracht. In einer dritten Gruppe hierher gehöriger Krankheitsfälle bedingen die Anomalien der Verdauungsthätigkeit und der krankhafte Erregungszustand der damit in innigster Beziehung stehenden Geflechte des Bauchsympathicus nur äusserst wenig örtliche Beschwerden im Vergleich mit der Stärke anderer, gleichzeitig bestehender, plagevoller Symptome der Neurasthenie. Die subjectiven Beschwerden seitens der Verdauungsorgane, über die die Patienten gewöhnlich erst bei einer eingehenden Anamnese klagen, manifestiren sich durch Aufstossen, leichte Uebligkeit, mässiges Sodbrennen, Aufgetriebensein der Magengegend oder des ganzen Leibes, Flatulenz; während bei einer objectiven Untersuchung der Bauchorgane meist eine Hyperästhesie des Plexus des Bauchsympathicus erkennen lässt; diese neurasthenischen Affectionen der Magen-Darmnerven und diese meist unerheblichen Verdauungsstörungen erwiesen sich bei genauerer Beobachtung in der Regel als sehr wichtig für das Zustandekommen und die Neigung der übrigen mehr in den Vordergrund tretenden Erscheinungen. — Hierher gehören endlich noch die Fälle der reinsten, aber seltensten Form von Neurasthenia gastrica, welche ohne andere Symptome sich blos als Verdauungsschwäche manifestiren und auch ausschliesslich auf krankhafte Erregungszustände der Magen-Darmnerven zurückzuführen sind, und welche nach Leube als einfache nervöse Dyspepsie zu bezeichnen wären.

Bezüglich der Aetiologie der Neurasthenia gastrica sind in vielen Fällen nicht Diätfehler oder sonstige den Magen und Darm treffende Schädlichkeiten zu beschuldigen, sondern weit eher solche ätiologische Momente, welche eine nervöse Affection zu erzeugen im Stande sind.

In erster Linie gehören hierher alle Krankheitsursachen, welche auch die andern Formen der Neurasthenie im Gefolge zu haben pflegen: bei hereditärer Belastung der nervösen Organe, wobei gewöhnlich sehr geringfügige Momente als Entstehungsursache der neurasthenischen Symptome figuriren. Disponirende Momente sind ferner dauernde, anstrengende Geistesarbeit, wobei sich oft unter sehr geringfügigen oder auch ohne besondere Gelegenheitsursachen der ganze neurasthenische Symptomencomplex entwickelt. Dieser Entstehungsmodus spielt bei der Bevölkerung grosser Städte, besonders unter den modernen socialen Verhältnissen eine wichtige Rolle. — Ferner sind hier zu nennen eine Menge schädlicher Reize, die ein gewisser Lebensübergenuss im Gefolge hat; und zwar nicht nur Excesse in Baccho et in Venere, sondern nicht minder die geistigen Genüsse und geselligen Vergnügungen der sog. besseren Stände, deren Folgen besonders im Nervensystem des widerstandsloseren, weiblichen Individuums sich zu erkennen geben.

Streng genommen nicht in den gegenwärtig besprochenen Rahmen gehörend, aber doch mit den übrigen erwähnten Symptomencomplexen im Wesentlichen übereinstimmend sind die Formen von Neurasthenia gastrica, deren Grund in einer pathologisch-anatomischen Structurveränderung des Magen-Darmkanals gelegen ist und ebenso sind jene Fälle hier auszuschliessen, die, ohne Structurveränderung im Verdauungstractus im Gefolge oder als Begleiterscheinungen anderer schwerer (anatomischen) Erkrankungen des Nervensystems auftreten.

Schwieriger ist die Abgrenzung jener Fälle von Neurasthenia gastrica, welche in Gefolge von acut oder chronisch verlaufenden, den Organismus alterirenden und erschöpfenden Krankheiten auftreten, da durch diese Krankheiten den früher erwähnten analoge disponirende Momente geschaffen werden.

Vielfältig erscheint die nervöse Verdauungsschwäche vicariirend mit anderen Formen der Neurasthenie und zwar tritt sie dann bei bestimmten Abschnitten des Verdauungstractus auf, z. B. nur im unteren Abschnitte des Darms bei geringfügiger Betheiligung der oberen Partieen und des Magens etc.

Häufig sind fassbare Ursachen für die Entstehung oder Steigerung oder das Recidiv der neurasthenischen Magen-Darmaffection gar nicht zu eruiren.

Die häufigsten Symptome sind solche, wie sie überhaupt bei Erkrankungen des Verdauungstractus und chronischer Dyspepsie vorkommen und sind keineswegs pathognomonisch für die Neurasthenia gastrica. Ausser vereinzelten Ructus findet man häufig Anfälle von dauerndem, sehr quälendem oder geräuschvollem Luftaufstossen; — bisweilen, aber viel seltener, kommt es zu Erbrechen sauren Mageninhalts — diese beiden Erscheinungen sind als Reflexvorgänge aufzufassen, bedingt durch abnorme Erregungszustände der gastrischen Nerven und sind meistens von der Beschaffenheit der Verdauungssäfte und vom Mageninhalt überhaupt unabhängig; — eine Steigerung dieser

abnormen Reflexerregbarkeit ist gewöhnlich die weitere Folge und führt zu zahlreichen anderen auf der Basis der Reflexthätigkeit sich entwickelnden Erscheinungen und Idiosynkrasien gegen bestimmte Speisen, Gewürze etc. Vasomotorische Störungen der nervösen Centralapparate, hochgradige Irritabilität der Magen- und Darmschleimhaut u. dgl. m.

Eine weitere Symptomengruppe besteht in einer Veränderung, in einem sehr wechselvollen Verhalten des Nahrungsbedürfnisses und der Esslust: vollständige Appetitlosigkeit mit Widerwillen gegen Speise, oder blosse Verminderung der Esslust wechselt mit interimistisch auftretendem intensiven Hungergefühl, mit Heisshunger ab, in dessen Gefolge alle möglichen cerebralen und psychischen Symptome zur Erscheinung kommen. — Die bei nervöser Verdauungsschwäche bestehenden Erschlaffungszustände der Magen- und Darmmusculatur führen zu Störungen der Magen- und Darmperistaltik, mangelhafter Defäcation und deren Folgen, als Druck, Gefühl von Vollsein im Leib, Hämorrhoidalbeschwerden, functionelle Störungen im Nervensystem, die auf reflectorischem Wege von den Schleimhautnerven des Colon und Rectum hervorgerufen werden, besonders bei künstlich erwirkter Stuhlentleerung. Dahin gehören Kopfschmerz, psychische Verstimmung, Behinderung im Denkvermögen, selbst Ohnmachten u. dgl. m. — Auch das umgekehrte Verhalten, Beschleunigung der Stuhlentleerung unter Begleitung oben erwähnter Erscheinungen wird nicht selten beobachtet.

Auf ein Symptom bei der nervösen Verdauungsschwäche legt B. grosses Gewicht, das er ziemlich constant hat nachweisen können: eine eigenthümliche Hyperästhesie einzelner der tastbaren grossen Bauchgeflechte des Nerv. sympathicus. Diese Hyperästhesie äussert sich nicht als ein spontan entstehendes, dauerndes oder paroxysmenweise auftretendes Wehgefühl in dem zugehörigen Verbreitungsbezirk des afficirten Nervenabschnittes, sondern sie ist nur objectiv nachweisbar durch einen von aussen auf die Bauchdecken ausgeübten Druck, welcher die erkrankten Nervenplexus trifft; ähnlich wie auch bei anderen Formen der Neurasthenie der Druck auf bestimmten, besonders hyperästhetischen Körperstellen Schmerzgefühl und andere, auf reflectorischem Wege zu Stande kommende nervöse, besonders vasomotorische Symptomencomplexe erzeugt. — Bei der Neurasthenia gastrica kommen für das genannte Symptom in der Bauchhöhle besonders drei Stellen in Betracht: Die eine Stelle findet man bei Rückenlage des Patienten in der Mittellinie, etwas unterhalb des Nabels und wenig oberhalb der (idealen) Verbindungslinie beider Spin. sup. anter. der Darmbeine bei langsamem, senkrecht wirkendem Druck gegen die 4.—5. Lendenwirbel; entsprechend dem Plexus hypogastricus superior. Dieser Druck erzeugt ein intensiv durchdringendes Schmerzgefühl, das nach aufwärts in der Mittellinie bis zur Gegend der Magengrube oder dem Plexus solaris, seltener bis zu beiden Seiten des Halses hin ausstrahlt und das von einer Anzahl reflectorischer Erscheinungen begleitet ist: Respirationsstörungen, Ructus, vasomotorische Störungen, Angstanfälle u. dgl. m.

Ein zweiter Punkt der erhöhten Druckempfindlichkeit ist die dem Plexus coeliacus oder solaris entsprechende Gegend der Bauchhöhle. — Die hier durch Druck erzeugten Schmerzen sind weniger intensiv, die

Ausstrahlung weniger weitreichend und nicht von reflectorischen Erscheinungen begleitet; — ebenso von geringer In- und Extensität die vom dritten Punkte, dem Plexus aorticus aus durch Druck erzeugten Erscheinungen.

Die einzelnen Details dieser auf vorstehende hypogastrische Druckhyperästhesien gerichteten Untersuchungen müssen im Original nachgelesen werden; ebenso die Darlegung der kritischen Momente, in welchen die Berechtigung dieser Druckphänomene als diagnostische Anhaltspunkte begründet ist.

Nach der ganzen Darlegung des Symptomencomplexes kommt B. zu dem Schlusse, dass die von dem Patienten empfundenen Beschwerden der reinen Neurasthenia gastrica nicht wesentlich verschieden sind von denjenigen solcher Krankheitszustände, denen organische Veränderungen im Verdauungsschlauch zu Grunde liegen; dass die Natur des Leidens aber für den geübten Beobachter durch die eigenthümliche Färbung der einzelnen Krankheitserscheinungen, durch ihre Beziehungen zu einander und durch ihr wechselvolles Auftreten erkennbar ist, und bespricht noch die von Leube aufgestellten differential-diagnostischen Momente für die Unterscheidung der Dyspepsia nervosa von anderen pathologisch-anatomisch greifbaren Magenaffectionen.

Die Prognose der nervösen Verdauungsschwäche ist sehr verschieden, je nach Umfang, Intensität und Dauer der neurasthenischen Erkrankung; in den meisten Fällen ist wohl eine momentane Heilung möglich und zwar um so rascher und leichter, je uncomplicirter dieselben sind und je kürzer die Dauer ihres Bestehens, dagegen ist die Neigung zu Recidiven stets eine sehr grosse; schwer gestaltet sich die Prognose, wo die Neurasthenia gastrica als Vorläuferstadium anderer, organischer Erkrankungen des Nervensystems, z. B. der Tabes auftritt.

Die Therapie der Neurasthenia gastrica fällt z. Th. mit der bei anderen Formen der Nervenschwäche sich als wirksam erweisenden zusammen; sie muss darauf gerichtet sein, die krankhaft veränderte Erregbarkeit sowohl der Magen-Darmnerven, als auch die des übrigen Nervensystems in normale Bahnen zurückzuführen. Gute Dienste leisten hier die verschiedenen hydriatischen Proceduren: Abreibungen, Halbbäder, Brausen, Douchen. — Zur therapeutischen Beeinflussung der lokalen Affection des Verdauungschlauches empfiehlt sich als sehr wirksames Mittel der constante Strom und zwar in der Anordnung, dass die Anode auf die dem oben erwähnten hyperästhetischen Plexus entsprechenden Stellen des Bauches und die Kathode stabil auf die Wirbelsäule aufgesetzt wird.

Von einer Medication sah B. befriedigende Erfolge bei der Darreichung von Höllensteinpillen mit oder ohne Rhabarber und Belladonna, ebenso von einer Trinkcur mit Kissinger Rogotzy ($^1/_3$—$^1/_2$ L. per Morgen). Bei allen diesen Curen spielt selbstverständlich Diät und Regimen eine nicht zu unterschätzende Rolle. 5 Krankengeschichten, die am Schlusse noch angeführt, sind im Original nachzusehen.

Engesser (Freiburg i. B.).

107. **Dr. M. Braun, Ueber die Herkunft von Bothriocephalus latus Brems.** (St. Petersb. mediz. Wochenschr. 1882. Nr. 16.)

Während für die Taenia solium, T. mediocanellata, T. cucumerina-elliptica u. s. w. durch zahlreiche Beobachtungen festgestellt ist, dass ihre Entwicklung sich über zwei Thierarten erstreckt, indem aus dem Ei in dem Zwischenwirth sich die Finnen und aus diesen in dem Wirth sich der Bandwurm entwickelt, war für den Bothriocephalus latus ein entsprechender Entwicklungsgang noch nicht nachgewiesen. Knoch gab an, dass der sechszackige Embryo desselben sich direkt zum Bandwurm ausbilde. Alle kompetenten Beobachter jedoch läugnen die Beweiskraft der Knoch'schen Experimente. Es blieb für den Bothriocephalus latus der Zwischenwirth bez. die Finne des B. l. noch zu finden.

Diese Finne nun hat Braun in dem Hecht (esox luvius) und in der Quappe (lata vulgaris) gefunden — das Vorkommen der Finnen in den beiden Fischen ist ein ganz gewöhnliches; ein mittelgrosser Hecht beherbergt deren 40 bis 50 —, und es ist ihm gelungen, aus den gefundenen Finnen im Darm eines Säugethieres (Katze und Hund) geschlechtsreife Bandwürmer zu erziehen. Die Versuche sind mit der nöthigen Vorsicht, unter Vermeidung der Fehlerquellen ausgeführt und gaben sichere Resultate.

E. Bardenhewer.

108. **Dr. Steuer, Dr. Simon** und **Dr. Toeplitz, Bericht über den ersten Versuch von Kinderferiencolonieen in Breslau im Jahre 1881.** (Breslauer ärztl. Zeitschrift 1882 Nr. 8.)

Bereits in den 50er Jahren hat Barellai den Versuch gemacht, schwächliche und kranke Kinder armer Eltern durch längeren Aufenthalt an gesunder Seeküste wiederherzustellen; er erzielte sehr günstige Erfolge und wusste seine Landsleute so für sein Unternehmen zu gewinnen, dass jetzt mehr als 20 Seehospize, der Aufnahme kranker und schwacher armer Kinder gewidmet, in Italien bestehen. Es folgten diesem Beispiel England, Frankreich, Holland, Belgien, Dänemark, Amerika. Auch in Deutschland bestehen einzelne Anfänge derartiger fester Heilstätten (Sanatorien), theils an der See, theils in Soolbädern. Die Feriencolonieen, wie sie über ganz Deutschland in einer Reihe von Städten eingerichtet sind, eine Konsequenz jener Sanatorien, unterscheiden sich von diesen dadurch, dass sie keine feststehenden Hospize, sondern wirkliche Colonieen sind, welche bei Beginn der Ferien gebildet und am Ende derselben aufgelöst werden, dass ferner nur kleinere Gruppen zusammenhalten, und dass nicht kranke, sondern lediglich schwächliche und heruntergekommene Kinder Aufnahme finden. Zweck der Colonieen ist, Kindern, welche durch schlechte diätetische und hygienische Verhältnisse in Gefahr sind, bedrohlicher Krankheit zu verfallen, durch mehrwöchentlichen Aufenthalt in gesunder Luft und bei



guter Verpflegung dauernd zu kräftigen und widerstandsfähig zu machen. Den ersten Versuch in dieser Richtung machte der Pfarrer Bion, es folgte Varentrapp, bald auch Basel, Stuttgart, Dresden, Wien, Hamburg, Königsberg, Breslau (81). Bedenken gegen die Einrichtung von Colonieen wurden auch hier vielfach ausgesprochen, jedoch als unbegründet zurückgewiesen. Man sagte, eine so kurz dauernde zweckentsprechende Lebensweise sei nicht im Stande, einen festen Grund zu legen gegen die nach derselben einwirkenden Schädlichkeiten der Lebensweise in den untersten Volksklassen grosser Städte. Dagegen sprach aber das günstige Resultat älterer Versuche mit Feriencolonieen, sodann die Erwägung, dass es nicht die schlechte Lebensweise absolut sei, welche die ungünstige Entwickelung der Kinder bedinge, sondern dass noch andere Momente anzuklagen seien: schlechte Blutmischung, gestörte Verdauung u. s. w., Störungen, welche erfahrungsgemäss einem mehrwöchentlichen Aufenthalt in gesunder See- oder Waldluft weichen, nachdem sie lange Zeit ärztlicher Behandlung getrotzt haben. Der weitere Einwand, die Zahl der Kinder, welchen eine solche Wohlthat zu Theil werden könne, sei eine verschwindend kleine im Verhältniss zur Summe derer, welche sie bedürfen, erwies sich gleichfalls nicht als stichhaltig. (Die Zahl betrug zunächst 100 und soll in den nächsten Jahren verdoppelt werden, sodass $5^1/_8$ % der Schulkinder Aussicht haben, bei einer Colonie betheiligt zu werden.) Einige weitere Einwände sind von untergeordneter Bedeutung. Die Mittel zur Ausrüstung der Colonieen fanden sich rasch durch Wohlthätigkeit, denn rasch drang die Einsicht durch, dass es hier gilt, Elend nicht sowohl zu lindern als zu verhüten und zu erreichen, dass kräftige, gesunde Menschen, die der Stadt, dem Staat, der Menschheit nützen können, entwickelt werden statt Krüppeln und Schwächlingen. Bezüglich der Wahl der Orte wurde gesehen auf gesunde Lage, Nähe eines benutzbaren Waldes, gutes Trinkwasser, womöglich auch Gelegenheit zum Baden; für Grösse und Salubrität der Schlafräume wurde ebenfalls gesorgt. Die Kost war eine einfache, kräftige. Zu grösster Reinlichkeit waren die Wirthe verpflichtet. Das Körpergewicht der Kinder betrug vor ihrer Abreise weit weniger als das von Quetelet angegebene Durchschnittsgewicht. Sehr erfreulich war das Resultat nach der Rückkehr aus den Colonieen. Wurde auch nicht das Quetelet'sche Durchschnittsgewicht erreicht, so war doch die Zunahme eine sehr bemerkenswerthe. 6 Monate nach der Rückkehr fand, was von besonderem Interesse ist, eine weitere, z. Th. ansehnliche Gewichtszunahme statt, so dass das Gewicht der Kinder dem Quetelet'schen Durchschnittsgewicht nahe kam, es erreichte, ja mehrfach übertraf (z. B. das der 8—9 jährigen Knaben, 10—11 jährigen Knaben etc.). Die recht übersichtlichen und interessanten Tabellen sind im Original nachzusehen. Es wäre erfreulich, wenn diese so zweckmässige hygienische Massnahme der Feriencolonieen immer weitere Verbreitung fände.

J. Wolff (Breslau).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Der dritte Jahrgang
umfasst 39 Bogen incl.
Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg.
13 M. 50 Pf., zu beziehen
durch alle Buchhandl.
und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **6. Juni.** **Nro. 9.**

109. **Voigt, Diphtheritis und Tracheotomie.** Aus der Kinderklinik zu Strassburg. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1882. XVIII. Band. 2. und 3. Heft.)

Verfasser berichtet über die im Jahre 1880/81 in der Kinderklinik zu Strassburg ausgeführten Tracheotomieen und theilt genaue Krankengeschichten mit; es wurden im Ganzen 47 ausgeführt, von welchen 10, also 21,27 % zur Heilung gelangten. Beide Geschlechter waren gleichmässig an der Erkrankung betheiligt und es liess sich keine Bevorzugung des einen oder andern konstatiren. Die grösste Sterblichkeit wiesen die Patienten im 1., 2. und 3. Lebensjahre auf; die 2 im ersten Lebensjahr operirten Fälle starben beide, von den im 2. Lebensjahre stehenden 15 Patienten genas nur einer und von den im 3. Lebensjahr stehenden 8 Patienten ebenfalls nur einer.

Was die Häufigkeit der Diphtheritis nach Jahreszeiten und Monaten anlangt, so erreichte die Bösartigkeit der Epidemie in den Sommermonaten ihren Höhepunkt. Ein strenger Unterschied zwischen Croup

und Diphtheritis konnte nicht durchgeführt werden; es wurde nur ein gradueller Unterschied zwischen beiden Erkrankungen gemacht, welche auf die mannigfachste Weise in einander übergehen. Es kamen Fälle zur Beobachtung, wo Kinder mit stenotischen Erscheinungen anlangten, bei denen im Rachen keine Auflagerungen zu bemerken waren, trotzdem waren bereits Symptome der Allgemeininfection (Albuminurie) vorhanden und bald trat Belag der Wunde auf, wodurch sich die diphtheritische Natur der Erkrankung illustrirte. In andern Fällen wiederum war ausgesprochene Diphtherie des Rachens vorhanden, während in Larynx und Trachea dicke fibrinöse Abgüsse nach der Operation zu Tage traten, in andern Fällen wieder, wo hochgradige Stenose des Larynx sich zeigte, fand sich die Schleimhaut des Larynx und der Trachea in grosser Intensität diphtheritisch infiltrirt.

Was die Technik anlangt, so wurde meist die obere Tracheotomie nach dem Verfahren von Bose gemacht. Nur bei stark entwickelter Schilddrüse, was in der Strassburger Gegend nicht selten ist, wo der mittlere Lappen den Schildknorpel überragt, und wo es trotz genauer Befolgung des Bose'schen Verfahrens nicht möglich war, die Schilddrüse vom Kehlkopf abzupräpariren, wurde die Cricotracheotomie ausgeführt, in einem Falle die tracheotomia inferior. Blutungen kamen nur wenig vor, nur in 2 Fällen, bei denen wegen plötzlich auftretender bedrohlicher Asphyxie die Trachea schnell eröffnet und desshalb der mittlere Schilddrüsenlappen gespalten werden musste, kamen starke Blutungen vor.

Um die diphtheritische Infection der Wunde zu verhindern, wurde im Laufe des Jahres alles versucht; es wurde die Wunde gleich nach der Operation mit Eisenchlorid verschorft, später dann täglich mit 5 % Carbolsäurelösung betupft; in andern Fällen wurde die Wunde nach der Empfehlung von Pinner mit 12 % Chlorzinklösung geätzt, und die Wunde mit einer antiseptischen Salbe (bestehend aus acid. salicylic. 5,0 cer. flav. und butyr. insuls. āā. 15,0) oder mit einer mit Campherwein befeuchteten Compresse bedeckt; in andern Fällen wiederum wurde die Wunde mit Jodoform oder Brom-Bromkaliumlösung betupft; doch verursachte dies den Kindern einen solchen Hustenreiz, dass es aufgegeben werden musste. In allen Fällen von schwerer Diphtheritis wurde die Wunde aber immer diphtheritisch inficirt. In einigen Fällen wurden Einträufelungen von Salicylsäurelösung (acid. salicylic. 1,0, acid. boric. 3,0, aq. destillat. 100,0) in die Trachea gemacht, ohne dass Nutzen zu constatiren gewesen wäre. Die Hauptnachbehandlung bestand in der Anwendung von Inhalationen. In dem Zimmer, wo die tracheotomirten Kinder lagen, waren grosse Inhalationsapparate aufgestellt, welche fast beständig gingen. Ausserdem inhalirten die Kinder jedes 1000—1500 gr täglich direct. Von allen medicamentösen Flüssigkeiten, die in der Strassburger Kinderklinik angewendet wurden (Natr. benzoic. in $2^1/_2$ %, Natr. salicylic. in $2^1/_2$—5 %, Kali chloric. in 1,0 %, Carbolsäure in $^1/_2$ — 1 % Lösung, Thymol 1 : 1000, aq. Calcis, Glycerin 1 : 4) hat Glycerin sich am besten bewährt.

Mehrere Fälle von exquisiter Stenose scheinen mit permanenten Glycerininhalationen geheilt zu sein. Selbst in Fällen, wo später noch die Tracheotomie gemacht werden musste, trat nach Glycerininhalationen



Erleichterung auf. Selbst bei tracheotomirten Kindern, wo Bronchialcroup und Orthopnoe vorhanden war, war nach Glycerininhalationen immer, wenn auch nur für kurze Zeit, ein günstiger Effect zu constatiren.

In 3 Fällen machte bei der Nachbehandlung die Entfernung der Canülen grosse Schwierigkeiten wegen Granulationspolypen, welche jedenfalls ihren Ursprung gefensterten, fehlerhaften Canülen verdankten, welche mit ihrem zu hoch gelegenèn obern Fensterrand einen Reiz auf den obern Wundrand ausgeübt und so die Granulationen verursacht hatten. Letztere konnten erst nach und nach durch Touchiren mit Höllenstein beseitigt werden. Einer von diesen Patienten musste, da die Canüle, welche nicht wieder eingeführt werden konnte, und Patient am Ersticken war, zum 2. Male tracheotomirt werden.

Was den Zeitpunkt der Operation anlangt, so wurde erst operirt, wenn alle andern Mittel, warme Senfbäder mit kalten Uebergiessungen, permanente Glycerininhalationen ohne nachtheiligen Effect blieben, am Anfang des dritten Stadiums, wenn starke Cyanose eintrat und die Dyspnoe sich zu ausgesprochenen Suffocationsanfällen steigerte. — Von den speciell gegen Diphtheritis empfohlenen Mitteln hat man in der Strassburger Kinderklinik von keinem die Ueberzeugung gewinnen können, dass in schweren Fällen von Diphtheris eine Heilung herbeigeführt wird. Pilocarpin hat sich nur in Fällen von Mandeldiphtherie bewährt. Bei der Papayotinbehandlung sind mehr Patienten als früher genesen, doch sind weitere Beobachtungen abzuwarten. Trotzdem alles, was rationell schien, versucht wurde, so ist man doch immer wieder zu der, schon seit einer Reihe von Jahren auf der Kinderklinik eingeführten, rein symptomatischen Behandlungsweise zurückgekehrt, welche darin besteht, dass den Patienten eine Eiskravate um den Hals gelegt wird, dass ihnen alle zwei Stunden der Mund ausgespült, und ihnen zur Erhaltung der Kräfte reichlich Wein, Xeres, Malaga 200 bis 300 gr täglich gereicht wird.

Den Grund nun für den relativ ungünstigen Verlauf der Tracheotomie, den geringen Genesungsprocentsatz (21,27 im Vergleich zu andern Operateuren, Bardenheuer 35,6 und Böckel 50 %) findet Verfasser einmal darin, dass viele Patienten bereits moribund ins Spital kamen und dass es sich in den meisten Fällen um elende, heruntergekommene, zum Theil kachektische Individuen handelte, die unter den erbärmlichsten, socialen Verhältnissen, in schlechten, dumpfigen Wohnungen ihr Leben zugebracht hatten und entweder schon vor dem Eintritt ins Spital eine Reihe von Krankheiten durchgemacht hatten oder zur Zeit der Aufnahme ins Spital an scrophulösen resp. rachitischen Erscheinungen litten.

Ein zweiter wesentlicher Factor für die hohe Mortalitätsziffer liegt ferner nach dem Verfasser in dem Umstande, dass es sich im Laufe des Jahres fast nur um schwere Formen der Diphtherie handelte und der Charakter der Strassburger Diphtheritisepidemie ein sehr bösartiger war. Es handelte sich, wie aus der klinischen Beobachtung hervorging, bei dem grössten Theil der Fälle um intensive Allgemeininfection.

Anatomisch liessen sich die diphtheritischen Veränderungen in grosser Ausdehnung und Intensität jedesmal nachweisen, zuweilen



kam es zum Uebergreifen der Diphtheritis auf den Digestionstractus und es war fast stets ausser den specifisch diphtheritischen Processen eine gleichzeitige Affection der Lunge und der drüsigen Organe nachweisbar.

Die hohe Mortalitätsziffer findet dann noch darin eine Erklärung, dass eben alle Fälle operirt wurden, welche mit stenotischen Erscheinungen ins Spital eintraten, ganz gleich, welchem Lebensalter sie angehörten, welche Krankheiten sie überstanden, und ob besondere Complicationen von Seiten der Respirations- oder Circulationsorgane vorhanden waren. Wenn auch die Chancen für die Erhaltung des Lebens auf diese Weise gering waren, so wurde doch immer operirt, sei es auch nur, um die Qualen des Erstickungstodes zu mildern. Und in allen Fällen war der augenblickliche Erfolg der Operation ein eclatanter, jedesmal wurde den Patienten eine wesentliche Erleichterung geschaffen. Dass das Princip, alle, selbst verzweifelte Fälle von Stenose zu operiren, das allein richtige war, dafür führt Verfasser 2 genesene Fälle an, von welchen der eine Fall, ein 1½ jähr., sehr zartes Mädchen, von einem andern Operateur als zur Operation noch zu jung mit einem Brechmittel fortgeschickt und später auf der Kinderklinik operirt wurde, während der andere Fall, ein 6jähr. Mädchen, wegen der grossen Ausdehnung und Intensität der diphtheritischen Erkrankung (dicker diphtheritischer Belag auf beiden Tonsillen und Zäpfchen, exquisite Nasendiphtherie, abnorme Lymphdrüsenschwellungen zu beiden Seiten des Halses, Temperatur 40,2, Puls 188, lauter stridor) nur noch wenige Stunden zum Leben übrig zu haben schien und in Folge der Operation trotz der Ausbreitung des Processes genass.

Den Hauptgrund aber für den relativ ungünstigen Verlauf sucht Verfasser in der Coincidenz oder schnellen Aufeinanderfolge der Infectionskrankheiten, denen die Patienten bei den früher unzureichenden Räumlichkeiten im Bürgerspital ausgesetzt waren. Da die Strassburger Kinderklinik keinen Isolirraum für die einzelnen Infectionskrankheiten besitzt, so mussten die mit Infectionskrankheiten behafteten Kinder in ein und dasselbe Gebäude, welches erst, als die Infectionskrankheiten in Strassburg sich häuften, von der Direction des Bürgerspitales der Kinderklinik abgetreten war, untergebracht werden. Obgleich die Patienten nach den Infectionskrankheiten in verschiedenen Zimmern isolirt wurden, so kamen in diesem Epidemienhause, welches bei dem grossartigen Material der Strassburger Kinderklinik oft 7 verschiedene Infectionskrankheiten (Masern, Scharlach, Diphtheritis, Keuchhusten, Windpocken, Pocken und Ruhr) beherbergte, Uebertragungen von Infectionskrankheiten, trotz grösster Vorsicht von Seiten der Aerzte, trotz scrupulösester Gewissenhaftigkeit, trotz permanenter Ventilation, trotz der bis in das Kleinste durchgeführten Desinfection der Räume entweder durch Ausschwefeln oder durch fast beständig gehende Sprays, sei es mit Thymollösung 1 : 1000, Carbollösung in ½ bis 1% Lösung, salicylsaurem Natron in 5 % Lösung oder mit Natron benzoicum in 5 % Lösung oder durch Verdampfen von Brom-Bromkaliumlösung oder Oleum terebinthinae, welches beständig in einer Schale zum Verdampfen aufgestellt war, Uebertragungen von Infectionskrankheiten fast tagtäglich vor und die Sterblichkeit war bei dieser Cumulation eine enorme und

der Epidemienheerd war ein beständiger Infectionsheerd. Von den 37 zu Grunde gegangenen tracheotomirten Kindern waren 18 mit anderen Infectionskrankheiten complicirt und zwar schloss sich die Diphtheritis 2 mal an Typhus, 1 mal an Scharlach, 11 mal an Morbilli, 1 mal an Varicellae und Morbilli, 1 mal an Pertussis, Varicellae und Morbilli, 2 mal an Scarlatina und Morbilli; nur in 5 Fällen traten die Patienten mit doppelten Infectionen in die Klinik ein. In 13 Fällen acquirirten die Kinder in der Klinik selbst Diphtheritis, woran sie zu Grunde gingen. — Von den 10 geheilten Fällen, welche unmittelbar vorher keine Infectionskrankheit durchgemacht hatten, erkrankten nach der Operation 2 Fälle an Scarlatina, 2 Morbilli, 1 Typhus; Verf. schliesst daraus, dass ein ungünstiger Ausgang der Operation immer zu erwarten ist, wenn Croup sich unmittelbar an eine Infectionskrankheit anschliesst, da der kindliche Organismus der neuen Infection eine sehr geringe Widerstandskraft bietet; günstiger gestaltet es sich schon, wenn andere Infectionskrankheiten sich der Diphtheritis anschliessen.

Zum Schluss stellt Verfasser auf Grund der im Strassburger Kinderspital gewonnenen Erfahrung die hygienische Forderung auf, dass bei Kinderspitälern, wenn sie nicht Brutstätten und beständige Infectionsheerde von Krankheiten sein sollen, Isolirräume, etwa nach dem Muster des St. Wladimirhospitals in Moskau, für je eine Infectionskrankheit ein besonderer Raum, vorhanden sein müssen, welche nach ihrer Bauart im Stande sind, die Patienten, welche bei der Specifität der Erkrankungen im kindlichen Alter so ausserordentlich zu Uebertragungen von Krankheiten disponiren, vor weiteren Erkrankungen zu schützen.

Kohts (Strassburg).

---

110. **Dr. J. Andeer, Resorcin bei Diphtheritis.** (Centralbl. für die med. Wissensch. 1881, Nr. 20.)

A. sah sehr günstige Erfolge von der Anwendung des Resorcin in chemisch reiner Form bei den infectiösen Krankheiten des ganzen Schleimhautsystems, insbesondere bei Diphtherie; ebenso gut waren die Erfolge bei ausgedehnten Hautwunden, Dammrissen und Scheidenverletzungen in der Nachgeburtsperiode. In leichteren Fällen genügt eine Aetzung mit Resorcin in Krystallform oder Anwendung von concentrirter Resorcin-vaselinsalbe. In schwereren und den schwersten Formen wurde die wiederholte örtliche Application mit innerlicher Verabreichung des Mittels combinirt. Mit dieser Behandlung hat A. von 222 behandelten Diphtheritisfällen nicht einen einzigen verloren.

Kopp.

111. **Martin Preungesheim, Biedert's Kindernahrung.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XVIII. Band, 2. und 3. Heft.)

Verf., welcher die Biedert'sche Kindernahrung in mehr als 100 Fällen, auch bei seinen eignen Kindern angewandt hat, zieht dieselbe allen andern Surrogaten vor, indem sie 1. der Muttermilch qualitativ am meisten angepasst sei und 2. in dem sie sich auch bei allen Erkrankungen der Digestionsorgane vortrefflich bewährt habe. In allen Fällen von pathologischen Zuständen der Verdauungsorgane, vom einfachen Magendarmkatarrhe bis zu den schwersten Formen des Brechdurchfalls und der Atrophie war der Erfolg bei längerem Gebrauche der Biedert'schen Kindernahrung ein durchschlagender, indem sämmtliche Pat. bis auf 3 schon von vorn herein aufgegebene Fälle (2 Atrophie, 1 tuberculöse Meningitis) gesund wurden und gesund blieben. Sei der Preis auch hoch, so sei er doch nicht so hoch, um das Rahmgemenge auch ärmeren Kreisen zugänglich machen zu können; auch seien die anderen Surrogate noch theurer. Wenn auch die Kuhmilch, sowohl was Preis als Brauchbarkeit beträfe, am meisten zu empfehlen sei, so sei sie doch für grosse Städte, welche keine von der Commune eingerichteten Milchanstalten besässen, in guter Qualität doch fast nie zu beschaffen und gerade für diesen Fall, für grosse Städte empfiehlt Verf. das Biedert'sche Rahmgemenge als das vorzüglichste Surrogat der Muttermilch auf das Nachdrücklichste.

Kohts (Strassburg).

112. **Dr. E. Mendel, Die Veränderungen der Hirnrinde in dem ersten Stadium der progressiven Paralyse der Irren.** (Neurolog. Centralbl. 1882, No. 3.)

Der Aufsatz enthält die Krankengeschichte und den Sektionsbefund eines sehr früh im melancholischen Stadium zu Grunde gegangenen Paralytikers, bei dem man bei Lebzeiten eine funktionelle Störung, eine einfache Melancholie angenommen hatte, wie sie sich nicht selten im Endstadium der Tuberkulose entwickelt. Es handelte sich um einen phthisischen Pat., der mit 37 Jahren in Melancholie verfiel, an Verfolgungsideen, zuletzt an Hallucinationen litt und unter Delirien zu Grunde ging. Bei dem hartnäckigen Schweigen liess sich nicht entscheiden, ob eine Sprachstörung vorhanden war.

Bei der Sektion fand sich milchige Trübung der Pia mit einigen miliaren Knötchen. Links: Im Gyrus central. post. leichte Verdichtung der Neuroglia, vereinzelte Spinnenzellen in derselben. Im Occipitallappen, im Gyr. occipito-temporal medial. und lateral. stärkere Entwicklung der Spinnenzellen in der Neuroglia; ebenso in den Inselwindungen, wo die Neurogliaschicht verdichtet ist. Im Gyr. frontal. infer. und Gyr. uncinatus hochgradige Entwicklung der Spinnenzellen in



der dicht verfilzten Neurogliaschicht und in der Ganglienzellenschicht. Dieselben Veränderungen in geringerem Grade im dorsalen Theil der unteren Stirnwindung. In der R. Hemisphäre dieselben Verhältnisse, nur viel weniger ausgesprochen.

Nach diesem Befunde hat also eine Encephalitis interstitialis corticalis bestanden; und die Melancholie hat das melancholische Stadium einer progressiven Paralyse dargestellt. Der Beginn der Erkrankung war in der Neurogliaschicht nachzuweisen; die für Paralyse charakteristische Kernvermehrung wurde vermisst, diese muss daher wohl einem späteren Stadium zukommen, und kann die Gefässveränderung und die Auswanderung weisser Blutkörperchen nicht den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden.

Die hier am intensivsten veränderte Region des Sprachcentrums würde, wenn diese frühe Lokalisation sich in weiteren Fällen bestätigte, in Einklang stehen mit der Sprachstörung im ersten Stadium der Paralyse.

Stintzing (München).

---

113. **Prof. Dr. W. Erb, Ueber den Weg der geschmackvermittelnden Chordafasern zum Gehirn.** (Neurolog. Centralbl. 1882, Nr. 4, 5 u. 7.)

Zur Entscheidung der noch ungelösten Frage, ob die Geschmacksfasern der Chorda tympani im Stamme des N. faicalis selbst oder, nach erneutem Umwege in dem Stamme des N. trigeminus in das Gehirn gelangen, theilt E. folgende klinische Beobachtung mit.

45jähr. M. erkrankt mit Doppelsehen und Anaesthesie der R. Gesichtshälfte, Zunge etc. 8 Monate später fand sich: Lähmung des R. Abducens, Parese des Rectus superior u. Levat. palp. sup. dext., Paralyse des ganzen R. Trigeminus. Geschmack rechts herabgesetzt. Facialis und Hypogloss. frei. Doppelseitige Schwerhörigkeit. Trotz Jodkali, Quecksilber und galvanischer Behandlung fortschreitende Verschlimmerung und Abnahme der Sehschärfe des R. Auges, Exophthalmus. Ueber 1 Jahr nach Beginn des Leidens: Sämmtliche Augenmuskeln rechterseits fast komplet gelähmt, Ptosis, Pupille mittelweit, ohne Reaction, Stauungspapille. L. Auge normal. Anaesthesie des R. Trigeminus in allen Gebieten, Geschmacksperzeption vorn auf der R. Zungenhälfte ganz aufgehoben, hinten herabgesetzt. Geruchssinn beiderseits normal. Kaumuskeln rechts total gelähmt und atrophisch. R. Facialis und Hypoglossus intakt. Gaumensegel rechts paretisch. Sensibilität der Cornea und Conjunctiva hochgradig herabgesetzt.

Es handelt sich hier unzweifelhaft um einen krankhaften Prozess in der vorderen Hälfte der R. mittleren Schädelgrube, der den N. trigeminus, die 3 Augenmuskelnerven und zuletzt den N. opticus ergriffen hat. Aus den Thatsachen, dass 1. der Geschmack im Bereiche der Chordafasern erloschen, 2. der N. facialis vollkommen intakt ist, und



3. der N. trigeminus eine Läsion zeigt, die ihren Sitz nur an der Schädelbasis haben kann — schliesst E., dass die Läsion des Trigeminus auch die gleichzeitige Geschmacksstörung verursacht hat, d. h. „dass die Geschmacksfasern der Chorda an der Schädelbasis im Stamme des Trigeminus liegen."

Der gegen diesen Satz mögliche Einwand, dass durch das (von früher her) bestehende beiderseitige Mittelohrleiden die Chorda tymp. auf ihrem Wege durch die Paukenhöhle lädirt sein könnte, hat gegenüber der grossen Seltenheit von Geschmacksstörung bei derartigen oberflächlichen Mittelohraffectionen und bei der Einseitigkeit derselben im vorliegenden Falle keine Bedeutung.

In einem Nachtrag fügt Verf. diesem Falle noch 2 andere hinzu: Im ersten handelt es sich um eine wahrscheinlich basal bedingte Anaesthesie des linken Trigeminus mit Herabsetzung des Geschmacks bei ganz normalem Facialis, während das Gehörorgan völlig intakt, also die Möglichkeit einer anderweitigen Chordaläsion ausgeschlossen war.

2. Fall: Rechtsseitige Oculomotorius- und Abducens - Lähmung. Facialis intakt. Im Gebiet des 3. Trigeminus-Astes rechts Anaesthesie, Paralyse der R. Kaumuskeln; Geschmack auf der R. Zungenhälfte vollständig erhalten: ebenso die Sensibilität im Gebiet des 1. und 2 Trigeminus-Astes. Unter Jodkaligebrauch nach 3 Wochen erhebliche Besserung. Der Fall spricht dafür „dass die Geschmacksfasern der Chorda nicht im 3. Trigeminus-Ast liegen, sondern — wie auch von den Meisten angenommen wird — im zweiten Ast zum Gehirn verlaufen."

Ein weiterer Nachtrag liefert den Sektionsbefund des ersten der 3 Fälle: In der rechten mittleren Schädelgrube ein chronisch-entzündlicher Prozess, der Periost, Dura und Pia mit den eingelagerten Nerven in sich begreift. Erweichungsherd im vorderen unteren Theil des R. Schläfelappens. Keine specifisch luetische Producte. Der Trigeminus war also sicher an der Schädelbasis erkrankt.

Stintzing (München).

---

114. **Dr. Kersch** (Reg.-Arzt in Prag), **Ueber Veränderung der Körpertemperatur durch den Menstruationsprocess.** (Memorabil Jahrg. 27. Heft 2.)

„Bei 13 weiblichen Individuen von mittleren Jahren und ohne wesentliche Krankheiten speciell der Geschlechtsorgane, stellte Verf. zunächst in der Zeit zwischen den Menstruationen durch genaue Messungen, jedesmal am Morgen, die Normal-Temperatur fest, welche bei den einzelnen zwischen 36,0 und 37,2 schwankte. Während der Menstruation, besonders am ersten Tage, war dieselbe meist um 1 Grad und darüber erhöht. Die Messungs-Ergebnisse sind in einer Tabelle zusammen gestellt. Aus ihr „ist ersichtlich, dass der Ovulationsprocess mit Temperatursteigerung auftritt und einhergeht".

Bartold.



115. **Mathelin, Hydrocéphale chronique consécutive à une attaque de méningite aigue; emploi des courants continus.** Chronischer Hydrocephalus nach acuter Meningitis. Anwendung constanter Ströme. (L'Un. méd. No. 48 u. 49.)

Ein, abgesehen von defecter Zahnbildung kräftig entwickeltes Kind gesunder Eltern erkrankte in seinem 5. Jahre an Masern. Seitdem blieb es kränkelnd. Im 6. Jahre entwickelte sich ein heftiger Anfall von acuter Meningitis, welcher gegen M's. Erwarten nicht letal endigte. Dann verlor M. das Kind 4 Monate hindurch aus den Augen. Als er es nach dieser Zeit wiedersah, konnte er die exquisitesten Symptome eines chronischen Hydrocephalus constatiren. (Grosser Kopf, der Schläfendurchmesser hat eine Grösse von ca. 20 cm; vollständige Erblindung, Nystagmus, Lähmungen und Contracturen in verschiedenen Muskelgruppen, epileptoide Anfälle, stark aufgetriebener Leib, krampfartiger Husten, unstillbares Erbrechen. Sprache, Gehör und Intelligenz intact). Da die verschiedensten Mittel (Antispasmodica, Drastica, Brom und Jodkali etc.) ohne Spur von Erfolg bereits angewandt waren, versuchte M. die Electricität und zwar in der Form des constanten Stroms von sehr geringer Stärke und Dichtigkeit, die kleine Anode an die rechte oder linke Schläfe oder in den Nacken, die 3mal so grosse Katode an den rechten oder linken Fuss. M. liess diesen Strom durch eine geübte Wärterin bis zu 6 Stunden täglich appliciren, Um die trotz der geringen Stärke auftretende Reizung an den Applicationsstellen zu verhindern, bedeckte er die Electrode mit feuchtem Feuerschwamm. Der Erfolg war bereits nach der ersten Sitzung ein durchschlagender, indem das Erbrechen und die epileptiformen Anfälle vollständig cessirten. Das Kind erholte sich sichtlich, nach Verlauf eines Monats, während welcher Zeit die Etectricität täglich in der beschriebenen Weise angewandt wurde, traten indess die erwähnten Anfälle von neuem ein und in einem derselben erfolgte der Tod. Die Autopsie wurde nicht gemacht.

M. schliesst aus den Symptomen, dass die durch den Erguss verursachte Compression besonders die Vierhügel und den Boden des vierten Ventrikels betroffen habe, nicht dagegen die Hemisphären des Grosshirns. Er macht auf die Seltenheit dieser Entstehungsweise des chronischen Hydrocephalus aufmerksam, und meint, dass die, wenn auch nur vorübergehende günstige Wirkung des constanten Stroms zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auffordere.

Brockhaus (Godesberg.)

---

116. **Dr. Bauer** (Mörs), **Ein Fall von Meningitis tuberculosa, geheilt durch Jodoform.** (Deutsche Med. Wochenschr. 1882, Nr. 18.)

Ein 5 Jahre altes Mädchen bot folgende Erscheinungen: hochgradige Lichtscheu, Aufschreien im Schlaf, Einziehung des Leibes,



Zähneknirschen, Stöhnen, Bohren des Kopfes in die Kissen, geringer Appetit, Stuhlverstopfung, grosse Apathie, Somnolenz, Puls frequent, bisweilen langsamer, Temperatur abwechselnd fieberhaft, Athmung unregelmässig. Angeregt durch die Erfahrungen von Moleschott und Coesfeld, unternahm B., da er an dem Bestehen einer tuberkulösen Meningitis keinen Zweifel hegte, die Jodoformbehandlung. Es trat eine auffallende Besserung ein. Der Schlaf wurde ruhiger, das Aufschreien in der Nacht seltener, der Appetit besser, die Lichtscheu verschwand etc. Die im Ganzen etwa 4 Wochen dauernde Jodoformbehandlung musste wegen auftretender Ekzeme öfter ausgesetzt werden, hatte aber den Erfolg völliger Genesung. B. hegt die Ueberzeugung, „dass das Jod in Gestalt von Jodoform eine die Neubildung von Miliartuberkeln hemmende, deren Rückbildung fördernde Kraft besitzt und deshalb verdient, auch bei der akuten Miliartuberkulose Erwachsener versucht zu werden."

Stintzing (München).

---

117. **Graziadei, Sulla cianosi intensa a proposito di un vizio del cuore sinistro.** Ueber intensive Cyanose in Folge eines Vitium cordis sinistri. (Aus der propädeutischen Klinik des Prof. Bozzolo in Turin.)

Verf. weist zunächst auf die divergirenden Ansichten bezüglich der Entstehungsursache höherer Grade von Cyanose hin. Während die Einen das Hauptgewicht auf die Vermischung arteriellen und venösen Blutes legen, wie sie bei congenitalen Herzfehlern als Folge abnormer Communication zwischen der rechten und linken Herzhälfte oder den grossen Gefässstämmen, Aorta und Art. pulmonalis vorkommt, sind Andere der Ansicht, dass die Cyanose stets durch mangelhafte Oxydation des Blutes in den Lungen bedingt sei. G. sucht hingegen das Wesen des Processes bediglich in der Blutstauung. Er berichtet über folgenden Fall. Ein 14jähr. Knabe hatte von jeher eine übermässige Empfindlichkeit gegen Kälte, melancholisches Temperament und schwach entwickelte Intelligenz gezeigt. Im 8. Jahre trat eine Hemiparese der rechten Seite ein, die nach Verlauf von 3 Monaten spontan wieder verschwand. Im 13. Jahre wurde er auf der Strasse plötzlich von Uebelkeit mit starkem Frost und klonischen Contractionen der linken Hand ergriffen. Es entwickelte sich darauf ein Symptomcomplex, der als Abdominaltyphus gedeutet wurde. Gegen Ende der c. 1 Monat dauernden Krankheit traten auf der ganzen Körperoberfläche, besonders an den untern Extremitäten punktförmige Flecken, ferner intensive Cyanose des Gesichts, der Wangen, Lippen und Ohren sowie heftiges Herzklopfen auf. Letztere beiden Erscheinungen blieben, auch als im Uebrigen das Befinden des Kranken wieder gut geworden war, in wechselnder Intensität bestehen. Kurz vor der Aufnahme des Kranken in die Klinik hatte sich leichtes Fieber, Kopfschmerz und starkes Herzklopfen eingestellt.

Bei der Untersuchung fiel sofort die intensiv blaue Färbung der Backen, Nase, Ohren, Lippen, Finger- und Zehenspitzen auf. An einigen Stellen, besonders auf der rechten Backe und dem rechten Ohr fand sich teigige Schwellung der Haut, welche ein lästiges Gefühl von Zerrung verursachte. An verschiedenen Stellen des Körpers zeigten sich punktfömige, hämorrhagische Flecken. Die Haut ist im übrigen schlaff, und lässt, besonders am Hals und den Extremitäten stark gefüllte Venen durchscheinen. Die letzten Phalangen der Finger und Zehen sind keulenförmig aufgetrieben. Die Jugularvenen sind stark gefüllt und pulsiren isochron mit der arteriellen Diastole. Bei Auflegen der Hand auf die Carotiden fühlt man lebhaftes Schwirren, beim Auscultiren hört man ein starkes Geräusch während der Ventrikelsystole. An der fossa jugularis fühlt man einen Stoss und ein Schwirren, isochron mit dem, unten zu erwähnenden systolischen Geräusch am Herzen. Der Thorax hat Cylinderform und springt links vom Sternum etwas stärker vor, als rechts. Die ganze linke Hälfte ist in fortwährender Erschütterung. Der Spitzenstoss findet sich im 6. Intercostalraum einen Finger breit ausserhalb der Mamillarlinie. Ueber der ganzen Herzgegend fühlt man ein Schwirren, das nach oben zu stärker wird und sein Maximum erreicht im 2. rechten Intercostalraum neben dem Sternum.

Von Seiten der Lungen nichts Abnormes. Die absolute Herzdämpfung beginnt in der linken Parasternallinie am unteren Rande der 3. Rippe und setzt sich bis zur 7. Rippe fort. Im Niveau des 6. Intercostalraums reicht die Dämpfung von der Mitte des Sternums bis 2 cm nach aussen von der Mamillarlinie. An der Herzspitze hört man ein langes, starkes, systolisches Geräusch, daneben ein kürzeres aber schärfer accentuirtes diastolisches. Beide Geräusche sind über der ganzen Herzgegend hörbar, am intensivsten an der Insertionsstelle der zweiten rechten Rippe. Der zweite Pulmonalton klappend; an der Tricuspidalis nur ein systolisches Geräusch. Der Puls ist klein, unregelmässig, leicht zu unterdrücken, 120 Schläge in der Minute. Urin 500 ccm pro Tag, enthält Spuren von Eiweiss und einige granulirte Cylinder. Temperatur 38,5° C.

Die Diagnose lautet: Hypertrophie des linken Ventrikels, Stenose und Insufficienz der Aorta; Insufficienz der Mitralis; frische, recidivirende Endocarditis. Die bei der hochgradigen Cyanose sich aufdrängende Frage, ob gleichzeitig abnorme Communication zwischen der linken und rechten Herzhälfte bestehe, wurde als intra vitam nicht entscheidbar offen gelassen. Durch Digitalis und Application einer Eisblase auf Kopf und Herzgegend wurde vorübergehende Besserung erzielt. Das Fieber bestand mit unregelmässigem Typus fort. Am 10. Tage stieg die Temperatur auf 40,2. In der folgenden Nacht trat nach mehrmaligem Erbrechen der Tod ein.

Aus den Befunden der Autopsie ist hervorzuheben: Stärkere Spannung der Dura mater rechterseits; die Windungen des Gehirns sind auf dieser Seite abgeplattet und mit punktförmigen Haemorrhagien besetzt; unter der Corticalschicht eine, mit den Ventrikeln nicht zusammenhängende, mit flüssigem Blut gefüllte Höhle. Im Uebrigen, abgesehen von allgemeiner Anaemie im Gehirn nichts Abnormes. Leichte pleuritische Verwachsungen. Lungen gesund. Die Ränder derselben lassen

den Herzbeutel frei, in Letzterem geringe Menge klarer Flüssigkeit. Linker Ventrikel hypertrophirt, seine Wände bis zu $1\frac{1}{2}$ cm dick. Papillarmuskeln hypertrophirt, Endocardium opak. Die Aortenklappen sind insufficient, stark verdickt und gerunzelt, besonders an der Insertionsstelle, wo sich förmliche Wülste gebildet haben, so dass ein Anlegen der Klappen an die Aortenwand unmöglich ist. Auf einer Klappe kleine, frische warzenförmige Wucherungen. Aorta ascendens verdickt, stellenweise Spuren fettiger Entartung der Intima. Die beiden Klappen der Mitralis verdickt und sclerosirt, bedeckt mit frischen Wucherungen. Rechter Ventrikel dilatirt. Keine Communication zwischen den beiden Herzhälften. Muskatnussleber mässigen Grades. Auf Magen und Darmschleimhaut capillare Haemorrhagien. Unter der Kapsel der etwas vergrösserten Milz ältere haemorrhagische Infarcte von Hirsekorngrösse. Die mikroskopische Untersuchung der Herzmuskulatur ergibt theilweise fettige Entartung.

Der Fall ist nach Verf. beweisend, dass die Hauptbedingung für das Zustandekommen der Cyanose in der Blutstauung zu suchen ist. Es war im vorliegenden Fall weder die Möglichkeit einer Vermischung von venösem und arteriellem Blute, noch Grund für ungenügende Sauerstoffzufuhr in den Lungen vorhanden. Der Kranke hatte nie über Athemnoth geklagt und die Lungen zeigten sich bei der Autopsie völlig gesund. Die Cyanose tritt ein, sobald bei Herzfehlern die compensatorische Hypertrophie und Dilatation der Ventrikel unzureichend wird, und das Blut sich in den kleinen Gefässen der Peripherie staut. Bezüglich dieser Compensation tritt G. der Ansicht von Weil und Bozzolo bei, dass dieselbe immer zuerst in der Herzhälfte eintritt, in welcher Insufficienz der Klappen besteht, dass also bei Mitralisinsufficienz zunächst excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels sich ausbildet. Dass trotz der hochgradigen Stase im vorliegenden Falle keine Oedeme zu Stande kommen, kann nach Verf. als Beweis dafür angesehen werden, dass „bis zu einem gewissen Punkte die Transsudationen aus dem Blute unabhängig sind von dem Druck und der Geschwindigkeit des Blutstroms, das die Stase an sich nicht genügt, um die Transsudation von Serum hervorzurufen, dass vielmehr dazu eine Veränderung der Gefässwände nöthig ist, die bestehen kann entweder in einer einfachen vasomotorischen Paralyse oder in irgend einem andern Krankheitsprocess, durch welche die Gefässwandung die Fähigkeit erlangt, Serum durchfiltriren zu lassen."

Zur weiteren Stütze seiner Ansicht über die Entstehungsursache der Cyanose stellt G. schliesslich eine Reihe einschlägiger Beobachtungen aus der Litteratur zusammen, u. A. die von Cappi (s. dies Centralbl. II. Jahrgang S. 261). Dieselben zeigen, dass hochgradige Cyanose vorhanden sein kann, ohne Vermischung von venösem arteriellem Blut, sowie dass sie trotz Letzterer fehlen kann.

Brockhaus (Godesberg).



118. **Ebstein, Ueber die Trichterbrust.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XXX. V. VI.)

Mit dem Namen „Trichterbrust“ bezeichnet E. eine bisher als „seltene Missbildung des Thorax“ (Eggel, Flesch, Haymann, Wiener med. Blätter, Gaz. d. hôpit.) beschriebene abnorme Thoraxform, bei der an der medialen Partie der vorderen Brustwand und des obersten Theiles der vorderen Bauchwand eine trichterförmige Vertiefung sich findet, so dass es den Anschein hat, als ob die tiefste Stelle derselben bis dicht an die Wirbelsäule reichte. Es ist der Brustkasten in einem der Vogelbrust entgegengesetzten Sinne verändert.

Bei einem von E. beobachteten derartigen Fall (25jähr. Schneider) erreichte die trichterförmige Vertiefung ihre grösste Tiefe entsprechend dem scrobiculo cordis, hat an der vorderen Wand eine Breite von 17,2 cm, während der Längsdurchmesser um ein Viertel länger ist, die grösste Tiefe der Einsenkung misst 7,2 cm.

Der Querdurchmesser des Thorax beträgt in der Höhe der Brustwarzen 30 cm. Nur die Lendenwirbelsäule zeigt Verkrümmung nach rechts.

Das Gemeinsame der bisher beschriebenen Beobachtungen besteht darin, dass dieselben nur männliche Individuen betrafen und dass im Gegensatz zu der Verkürzung des geraden Durchmessers der Querdurchmesser des Thorax stärker entwickelt war. Bei dem Fall von Haymann (9jähriger Knabe) war die Länge des Sternums auffallend gering, nicht grösser als in der ersten Woche des Lebens, wie eine beiliegende vergleichende Tabelle ergibt.

Grade dieser Fall würde für das Verständniss des Zustandekommens dieser Missbildung geeignet erscheinen, wenn man annehmen dürfte, dass bei der Entstehung der Trichterbrust ein verspätetes, zu langsam fortschreitendes Wachsthum des Brustbeins stattfindet; falls diese Annahme richtig ist, so zeigt auch in diesen Fällen das Sternum die Neigung, ungewöhnlich lange Zeit in einer zu weit zurückgesunkenen Stellung zu verharren. Als Compensation für die beschränkte Entwicklung des Sternovertebraldurchmessers zeigt sich dann der Querdurchmesser stärker ausgebildet. Ob die für das Zustandekommen derartiger Depressionen nöthige Weichheit und Nachgiebigkeit der betr. Theile in einer rhachitischen Erkrankung derselben beruht, kann nicht absolut bejaht werden, da keiner der beobachteten Fälle früher erweislich an Rhachictis gelitten hat.

Ob die Ansicht Zuckerkandl's, dass ein Druck des fötalen Unterkiefers auf das Sternum oder nach Hagemann der Druck der Fersen auf das Brustbein die Missbildung begünstige, richtig ist, lässt sich nicht mit Sicherheit entscheiden, zumal bei 2 Fällen die Difformität erst im 2. beziehungsweise 7. Lebensjahre begonnen haben soll.

Soweit die Erfahrungen bis jetzt reichen, hat die Trichterbrust keine nachtheiligen Folgen für die Gesundheit der betreffenden Individuen gehabt.

Zum Schlusse wird noch ein Fall angeführt (62jähriger Mann), bei dem die grösste Tiefe der Einsenkung nur 4 cm, die Erhöhung des Querdurchmessers 4 cm betrug.

Seifert (Würzburg).



119. **Dujardin-Beaumetz, Sur un cas de rétrécissement fibreux du pylore.** Ueber einen Fall von fibröser Verengerung des Pylorus. (L'Un. méd. No. 60.)

Eine Frau von 27 Jahren hatte vor 6 Jahren einen Esslöffel käuflicher Schwefelsäure verschluckt. Unmittelbar darauf war unter heftigen Schmerzen Erbrechen von blutigen, nachher mit membranösen Fetzen gemischten Massen eingetreten. Dies Erbrechen bestand dann in geringerer Intensität ein halbes Jahr fort; die Kranke magerte sehr ab und konnte nur flüssige Nahrungsmittel geniessen. Dann fühlte sie sich, 5 Jahre hindurch, abgesehen von öfters eintretenden Verdauungsstörungen und continuirlichem sauerem Aufstossen ganz wohl. Nach dieser Zeit wieder Erbrechen aller genossenen Speisen und rapider Kräfteverfall. Bei der Aufnahme ins Hospital wurde eine enorme Ektasie des Magens constatirt. Von Zeit zu Zeit konnte man durch die Bauchdecken Contractionen desselben bemerken, die genau den Eindruck von Uteruscontractionen bei Beginn der Geburt machten. Da trotz öfterer Ausspülungen des Magens mit nachheriger Einführung von in Eis gekühlter Milch das Erbrechen fortbestand, wurde zur Ernährung per Rectum geschritten. Trotzdem Fortschreiten der Prostration, nach 14 Tagen Exitus. Von einer Operation wurde der hochgradigen Entkräftung wegen Abstand genommen, obschon dieselbe Aussicht auf dauernde Heilung gegeben hätte, da eine maligne Neubildung ausgeschlossen werden konnte. Bei der Autopsie fand sich keine Narbenbildung im Oesophagus und auf der Magenschleimhaut, aber hochgradige Verdickung der Muskelschicht durch Einlagerung fibrösen Gewebes, wie die mikroskopische Untersuchung ergab. Der Pylorus durch fibröse Wucherungen und narbige Contractur so verengert, dass ein Rabenfederkiel nur mit Anstrengung durchgeschoben werden konnte.

Brockhaus (Godesberg.)

120. **Prof. Semmola** (Neapel), **Neuere experimentelle Untersuchungen zur Begründung des haematogenen Ursprungs der Bright'schen Albuminurie.** (Allg. Wiener med. Zeitung. XXVII. Jahrg. No. 3.)

Verf. berichtet, dass er auf Grund seiner neueren Untersuchungen die früher von ihm gewonnenen und veröffentlichten Ansichten über die Ursachen und die Entstehung der Bright'schen Albuminurie bestätigt gefunden habe. Danach ist „die fundamentale Thatsache der Bright'schen Albuminurie diese, dass bei ihr das Eiweiss des Blutes in Folge von Unterdrückung der Haut-Functionen eine chemisch-moleculare Veränderung thatsächlich erfährt, in Folge welcher das Eiweiss,



das weder assimilirt noch verbrannt werden kann, als fremde Substanz nothwendig aus dem Körper geschafft werden muss".

Es fand sich nämlich, dass das aus dem Bright'schen Harn niedergeschlagene Eiweiss von demjenigen zweifellos verschieden ist, welches man aus einer von Herzerkrankung stammenden oder einer amyloiden Albuminurie niederschlägt. Wenn auch dieser Unterschied keine strenge wissenschaftliche Demonstration zulässt, so kann man trotzdem eine eigenthümliche Veränderung des Blut-Albumins nicht läugnen. Sicherer wird letztere offenbar durch die wirklich nachweisbare Verschiedenheit ihrer unmittelbaren Diffusion im Blutserum selbst (nicht nach ihrem Austritt aus dem Harn). Während nämlich das Blut-Eiweiss der Br. Albuminurie, je nach der Schwere der Erkrankung mehr oder minder vollständig ausgeschieden wird, diffundiren im normalen Zustande oder in dem Blute anderer, nicht Bright'scher Albuminurien, die Eiweiss-Substanzen gar nicht oder manchmal in einer sehr geringen Menge, welche in keinem Verhältniss zu dem durch den Harn ausgeschiedenen Eiweiss steht. Das Bright'sche Eiweiss hat eben eine pathologische Diffusions-Eigenschaft.

Dass diese chemisch-molecularen Eiweiss-Veränderungen das primäre und die anatomischen Veränderungen der Niere etc. das secundäre, sieht Verf. ferner darin bestätigt, dass bei wirklicher Br. Albuminurie sich auch in der Galle, in dem durch Pilocarpin erzeugten Schweiss und im Speichel, durch Erhitzen oder Salpetersäure fällbares Eiweiss vorfand, wie es ebenda bei anderen nicht haematogenen Albuminurien nicht nachgewiesen werden konnte. Die sich an die Bluteiweiss-Veränderungen anschliessende Nephritis ist vielmehr anzusehen als „die Folge 1. von der durch Unterdrückung des Hautkreislaufs entstehenden Nieren-Hyperaemie, 2. von der reizenden Wirkung dieser Hyperaemie durch die im Blut angehäuften Hautausscheidungs-Producte und in Folge dessen von dem dyscrasischen Zustand des Blutes selbst, 3. nach den unaufhörlichen functionellen Anstrengungen, welchen sich die Nieren unterziehen müssen, um den Körper von dem unbrauchbar und durchgängig gewordenen Eiweiss zu befreien".

Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen demnach der Ansicht, dass die Bright'sche Albuminurie aus der Gruppe der Nieren-Erkrankungen zu streichen ist, sie bildet vielmehr „einen constanten klinischen Typus" und „alle jene exclusiven histologischen Localisirungen, welche man als besondere Formen der Bright'schen Erkrankung hat aufstellen wollen, existiren nicht als abgesondert; es kann nur in einigen angegriffenen Elementen ein stärkeres Vorherrschen derselben, als in anderen, vorhanden sein".

Bartold.



121. **Boegehold E., Zur Behandlung des Blasenkatarrhs.** (Deutsche Wochenschrift. 1882, Nr. 3.)

Nach dem Vorgang von Edlefsen hat B. das Kali chloricum bei Blasenkatarrhen innerlich öfters und mit gutem Erfolg angewandt. Da jedoch eine Anzahl von Fällen, hauptsächlich chronische Katarrhe, dem Mittel hartnäckig widerstanden, spritzte B. das Kali chloricum in die Blase ein, und erhielt ganz ausgezeichnete Erfolge. Verf. erklärt diese durch adstringirende, gefässcontrahirende, umstimmende Wirkung des Kali chloricum. Die Einspritzungen wurden täglich oder einen Tag um den andern in einer Concentration der Lösung von (30,0) 1000,0 gemacht.

Dr. Lachmann (Frankfurt a. M.).

---

122. **Dr. E. Bickel** (Wiesbaden), **Zur Behandlung des Keuchhustens.** (Berliner klin. Wochenschrift. 1882. No 21.)

Verf. gelang es durch ausschliessliche Chininbehandlung beim Keuchhusten das stadium spasmodicum auf die Dauer von 3—4 Wochen zu beschränken, und zwar nahm auch die Intensität der Anfälle während dieser Zeit ab. Complicationen wie Folgekrankheiten scheinen bei der Chininbehandlung seltener aufzutreten. Verf. wandte das salzsaure Chinin je nach dem Alter des Kindes bis zu 0,5 gr pro die an. Die Chininbehandlung erfordert consequente Durchführung. Verf. meint, dass das Chininum amorphum tannicum bei seinem kaum merkbaren Geschmack und bei seinem geringen Preis zu empfehlen sei; doppelt so viel Decigramm als das Alter des Kindes beträgt, sind nach Binz erforderlich und werden gut vertragen. Verf. hat sich darüber noch kein vollständiges Urtheil bilden können.

Kohts (Strassburg).

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. **13. Juni.** **Nro. 10.**

123. **Dr. Fr. Keesbacher, Ueber den sogenannten epidemischen Friesel (Morbus miliaris).** Vortrag. (Memorabilien XXVII. Jahrg. 3. Heft.)

Im Juni und Juli 1873, beobachtete Verf. im Bezirke Adelsberg (Oesterreich) eine Epidemie von einer Erkrankung, welche der als Sudor anglicus, Suette miliaire, Schweissfieber beschriebenen Krankheitsform vollkommen glich. Es wurden im Ganzen in 45 Ortschaften mit 14134 Einwohnern 672 Leute ergriffen, 620 genasen, 36 starben und 16 blieben am 24. August noch in Behandlung, die Mortalität betrug 5,3 %.

Der Krankheitsverlauf war folgender:

Nach 1—2 tägigem Unwohlsein und Schwächegefühl tritt Frost ein mit nachfolgender Hitze, Brennen in der Magengrube, Herz-Palpitationen, innere Angst. Sodann beginnt ein äusserst penetrant und sauer riechender Schweiss mit Ausbruch von Bläschen im Gefolge,

welche auf rothem Hautgrunde mit wässriger, nicht vereiternder Flüssigkeit gefüllt, und am Rumpf und den oberen Extremitäten vorwiegend sind. Dann und wann Herpes labialis. 4—5 Tage nach Aufhören des Schweisses verschwindet der Ausschlag unter Abschilferung der Haut. Die Patienten sind sehr angegriffen und anämisch. Bei tödtlichem Ausgang tritt Somnolenz, denn Sopor ein, der Puls wird langsamer und schwach, exitus unter Convulsionen. Andere Symptome waren: Apathischer Gesichtsausdruck, heisses, geröthetes Gesicht, Zunge feucht, belegt, starker Durst, Appetit selten ganz fehlend. An Lungen und Herz, sowie an Leber und Milz war keine Veränderung nachzuweisen. Harn spärlich, Stuhl verhalten. Bei 2 Obductionen fand sich keine wesentliche Organerkrankung, nur allgemeine Blutarmuth und Anschwellung der Mesenterialdrüsen. Eine Verwechslung mit Rückfall-Fieber und Typhus schien ausgeschlossen zu sein. Bei einigen Fällen fehlte der Ausschlag auf der Haut, während im Uebrigen die Symptome dieselben waren, wie in den anderen Fällen.

Hebra hat bekanntlich das Vorkommen des epidemischen Friesels geläugnet, indem er denselben nicht als selbstständige Krankheitsform, sondern als das Symptom eines versteckten anderen z. B. typhösen Leidens ansah. Auch Verf. stimmt ihm in sofern bei, als auch er das Auftreten der Miliaria nur als Producte des Schweisses ansieht; die dem Schweissausbruch zu Grunde liegenden Ursachen sind die eigentliche Krankheit, für welche er die Bezeichnung französischer Aerzte „Hautcholera“ am zutreffendsten hält. Ansteckung konnte nicht nachgewiesen werden. Die Ursache des Entstehens dieser Krankheit sieht Verf. in dem zu jener Zeit sehr hohen Grundwasserstande. Die Folge davon war, dass die sich den Einflüssen solchen Bodens vorwiegend aussetzende Menschenklasse mittleren Alters, vor Allem die vorzugsweise in Feldarbeiten verwandten Weiber, stärker von der Krankheit befallen wurden, als die im Schutze des Hauses zurückbleibenden Kinder und älteren Leute.

Bartold.

124. Dr. Adolf Strümpell, Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXX, H. 5 und 6, S. 500—533.)

S. berichtet über seine Beobachtungen an 32 (auf Wagner's Klinik in den Jahren 1879—81 vorgekommenen) Fällen von epidemischer Cerebrospinal-Meningitis. Die Erkrankten gehörten meist dem Alter von 10—30 Jahren an; das jüngste Alter war $4^1/_2$ Monate, das höchste 52 und 66 Jahre. Der Verlauf verhielt sich im Allgemeinen wie bei früheren Beobachtungen. Es kamen Fälle mit raschem Verlauf zur Behandlung, in welchen die schweren Erscheinungen 5—10 Tage anhielten, ferner solche welche mit plötzlichen schweren Erscheinungen



anfingen, dann aber auffallend rasch sich besserten. Für diese schlägt Verf. den Namen „Meningitis cerebrospinalis abortiva" vor und im Gegensatz dazu nennt er „Meningit. cer. spin. levis" diejenige Form, welche von vorneherein leicht verläuft. Für die abortive Form wird als Beispiel ein Fall angeführt, in welchem anfangs (4—5 Tage) sehr schwere meningitische Symptome und hohes Fieber (40,9) bestand, dann aber rasche völlige Besserung folgte. Daran schliessen sich die mehr protrahirten Fälle mit einer Krankheitsdauer von 4—6 Wochen und mehr. Der Anfang ist bald ein stürmischer, bald ein allmählicher, der Charakter dieser Form ein intermittirender, der Ausgang war entweder vollständige Genesung, oder es erfolgte noch spät, unter zunehmendem Marasmus, bisweilen auch plötzlich nach scheinbar günstigem Verlauf, der Tod. Die Intermissionen folgen meist in kurzen Zeiträumen auf einander, selten nach länger dauerndem Zurücktreten aller Symptome in Gestalt eines echten Recidivs.

Bezüglich des Verhaltens der Körpertemperatur ist hervorzuheben, dass „im Allgemeinen zwischen der Höhe des Fiebers und der Schwere der sonstigen Krankheitserscheinungen durchaus keine Uebereinstimmung zu bestehen braucht." Für solche Fälle, in welchen in dieser Beziehung ein Missverhältniss stattfindet, liegt es nahe, den Mangel des Fiebers auf eine direkte Beeinflussung der Centralapparate zur Regulirung der Körpertemperatur zu beziehen. Eine ziemlich grosse Anzahl von Fällen verläuft unter einem mässigen remittirenden Fieber; in manchen Fällen kann es jedoch einen ausgesprochen intermittirenden Charakter annehmen. In letzterem Falle wechselt auch die Intensität der sonstigen Krankheitserscheinungen, jedoch nicht immer mit den Temperaturschwankungen übereinstimmend. In den Abortivfällen erfolgt die Entfieberung meist in Form eines kritischen Abfalles. Am Ende der letal verlaufenden Fälle wird nicht selten eine excessive Temperatursteigerung (bis 43 °) beobachtet (in Folge von Lähmung der wärmeregulatorischen Centren). Postmortale Steigerungen hat S. nicht beobachtet.

Weiterhin folgt eine Besprechung einzelner Symptome der Krankheit. Bezüglich der cerebralen Symptome ist der von Tag zu Tag, ja von Stunde zu Stunde erfolgende Wechsel in ihrer Intensität hervorzuheben: starke Benommenheit wechselt mit relativ freiem Sensorium, intensiver Kopfschmerz mit Schmerzlosigkeit, ausgesprochene Nackenstarre mit relativ leichter Beweglichkeit des Kopfes; der Puls zeigt Differenzen von 20—30 Schlägen in der Minute. Auch leichtere Grade von cerebralen Lokalsymptomen sind häufig zu finden, vor Allem Innervationsstörungen der Augenmuskeln (Myosis oder Erweiterung der Pupillen, Nystagmus, Koordinationsstörungen und Paresen der Augenmuskeln, Ptosis), ferner Kontrakturen, selten Parese im Facialisgebiet; in 3 Fällen wurde Trismus beobachtet. 3 mal ferner Neuritis optica, häufig Abnahme der Gehörschärfe bei normalem Trommelfell, einige Mal Störungen des Geruches. — Von nervösen Störungen in den Extremitäten beobachtet man ausser der häufigen Hauthyperaesthesie nicht selten kleine Zuckungen, Konvulsionen nur vereinzelt als terminales Symptom. Nur in einem Fall, der ausführlich mitgetheilt wird, bestand eine ausgesprochene Lähmung der Unterextremitäten



und traten die cerebralen Symptome bald gegen die spinalen zurück. Dyspnoe und Cyanose, die hier vorübergehend auftraten, deuteten auf eine Beeinflussung der Respirations- und Bauchmuskeln, das Verschwinden der Sehnenreflexe auf eine Störung der hinteren Wurzeln, während zur Erklärung der fast kompleten motorischen Paraplegie der Beine die Meningitis allein nicht ausreichte, vielmehr eine stärkere Betheiligung des RM. selbst an dem anatomischen Prozess angenommen werden musste. Das Verhalten der Reflexe zeigte keine Regelmässigkeit. Vollständiges Verschwinden der Sehnenreflexe und Wiederkehr derselben nach eintretender Besserung wurde ausser in dem eben erwähnten Fall noch 2 mal beobachtet. Sonst trat 1 mal Ikterus, 2 mal dysenterischer Durchfall, wiederholt Albuminurie mit hyalinen Cylindern auf. In mehreren Fällen war die Meningitis mit multiplen Gelenksschwellungen (akutem Gelenkrheumatismus) komplicirt, wobei die Salicylsäure von günstiger Wirkung befunden wurde. In manchen Fällen mit wenig ausgeprägten meningitischen Erscheinungen war es schwer zu entscheiden, ob man es mit sekundären Gelenkschwellungen oder mit einem echten akuten Gelenkrheumatismus zu thun hatte.

Bei dieser Gelegenheit berührt Verf. die Beeinflussung anderer Krankheiten durch eine Meningitis-Epidemie, die er selbst beobachtet zu haben glaubt: z. B. meningitische Symptome bei zweifellosem Gelenkrheumatismus, sowie bei Typhus abdom., Vorkommen von Herpes bei traumatischer und tuberkulöser Meningitis. Freilich wird zur Zeit einer herrschenden Epidemie die Werthschätzung „meningitischer" Symptome erheblich gesteigert, so dass ein sicheres Urtheil über eine wirkliche Beeinflussung anderer akuter Krankheiten durch den „genius epidemicus" äusserst schwierig zu gewinnen ist. Es kann sich übrigens in solchen Krankheitsfällen um Doppelinfektionen, um eine gleichzeitige Invasion zweier Schädlichkeiten in den Körper handeln. Für diese Annahme sprechen die von Immermann und Heller beobachteten Fälle von mit Meningitis komplicirter Pneumonie. Bezüglich der mit multiplen Gelenkschwellungen verbundenen Meningitis glaubt S., dass die ersteren unmittelbar zur letzteren gehören und wahrscheinlich durch eine besondere Lokalisation des Krankheitsgiftes, nicht durch trophische Störungen mit centraler Ursache bedingt wird. — Die alte Lehre von dem Einflusse des Genius epidemicus bedarf aber noch einer vorurtheilsfreien, womöglich statistischen Prüfung. Eine Erklärung für diese Lehre wird sich erst dann finden, wenn wir die Diagnosen nicht mehr nach Symptomen, sondern aus dem Nachweise der specifischen Krankheitsursachen stellen werden.

Pathologisch-Anatomisches. Erst die mikroskopische Untersuchung ergibt fast in allen Fällen eine Betheiligung der Centralorgane selbst. Es ist daher sowohl vom anatomischen wie vom klinischen Standpunkt gerechtfertigt, nicht nur von einer Meningitis, sondern von einer Meningo-Encephalitis und Meningo-Myelitis zu sprechen. Freilich ist fast durchgehends die eitrige Entzündung der weichen Häute der Ausgangspunkt. Dann kommt es unabhängig von dem Eintritt der Gefässe zu einer Randinfiltration des benachbarten Gewebes von geringer Ausdehnung; der Hauptweg aber für die Weiterverbreitung des Entzündungsweges sind die Gefässe, um welche sich

bis in's Innere der Centralorgane Rundzellen anhäufen, nicht selten auch kleine Blutungen etabliren. Von diesen kleinsten entzündlichen Herden findet ein kontinuirlicher Uebergang statt zu grösseren schon makroskopisch sichtbaren encephalitischen Herden, die sich wie Abscesse verhalten. Diese Veränderungen erstrecken sich über das ganze Gehirn. Im RM. hat S. grössere Herde nicht gefunden. Ausser direkter mechanischer Zerstörung des Nervengewebes an den Herden wird noch das Vorkommen von hypertrophischen Axencylindern im RM. erwähnt.

S.'s Beobachtungen machen auch das Vorkommen grösserer Abscessbildungen im Gehirn bei der epidemischen Meningitis sehr wahrscheinlich. Wenn es schon auffallen musste, dass zur Zeit der Epidemie binnen 6 Wochen 4 Fälle von Gehirnabscess zur Sektion kamen, so war in 3 von denselben, deren Krankengeschichte mitgetheilt wird, bei Lebzeiten die Diagnose auf epidem. Meningitis gestellt worden. Die letztere war in einem Falle zweifellos das Primäre, in den beiden anderen aber vielleicht eine Folge der Abscesse. Dennoch ist die Annahme einer aetiologischen Beziehung der Abscesse zu der epidemisch herrschenden Meningitis befriedigender als die eines „idiopathischen" Gehirnabscesses. In einem 4. Fall fand sich der ganze rechte Schläfelappen in eine grosse Abscesshöhle verwandelt, aber keine Meningitis. Jedoch war die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass im Anfang der Krankheit, wo der Pat. nicht beobachtet worden, Meningitis bestanden hat; und es ist zu vermuthen, dass auch in diesem Falle das inficirende Agens in dem Gifte der epidem. Meningitis zu suchen war. Es scheint in den mit Gehirnabscessen kombinirten Fällen von Meningitis eine ungewöhnliche Lokalisation des meningitischen Giftes stattgefunden zu haben in der Weise, dass es seine Hauptwirksamkeit im Gehirn selbst entfaltete und die Meningen mehr verschonte. Auch 2 andere zur Zeit der Epidemie beobachtete Fälle von Gehirnabscess (der eine mit geringer sekundärer Meningitis, der andere idiopathisch) möchte S. als ungewöhnliche Lokalisationen der epidemisch herrschenden Meningitis auffassen. Ueberhaupt werde man künftighin bei allen sog. idiopathischen Gehirnabscessen an die Möglichkeit dieses aetiologischen Zusammenhanges denken müssen.

Stintzing (München).

125. **Charcot, Sur l'atrophie musculaire qui succède à certaines lésions articulaires.** Ueber die im Anschluss an bestimmte Gelenkaffektionen auftretende Muskelatrophie. (Progr. médic. 1882. N. N. 20 und 21.)

B. 23 Jahre alt, hat sich vor einem Jahre beim Springen am rechten Bein gestossen; es trat eine geringe Schwellung desselben ein, welche nur wenig schmerzhaft war und ohne Fieber verlief. Im Ge-



gensatz dazu war der Gang des Patienten sehr behindert und blieb es bis jetzt. Die Untersuchung ergibt Parese und Atrophie des musc. extensor cruris quadriceps; der Umfang am oberen Theile des Oberschenkels beträgt rechts 48, links 52 cm. Die elektrische Erregbarkeit des Muskels ist bedeutend herabgesetzt, nicht qualitativ verändert. Irgendwelche andere Störungen sind nicht vorhanden; das Kniegelenk ist frei. Die ausführlichen Details der Beschreibung und Untersuchung sind im Original nachzusehen.

Es ist durch zahlreiche ähnliche Beobachtungen sowie auch durch experimentelle Untersuchungen festgestellt, dass spontane oder traumatische Affektionen der Gelenke häufig eine Lähmung und einfache Atrophie (nicht Degeneration) der entsprechenden, oder wenigstens hauptsächlich der entsprechenden, Extensorenmuskeln nach sich ziehen. Wenn diese Folgezustände auch meistens nach heftigen Gelenkleiden eintreten, so können dieselben sich doch auch, wie in dem vorliegenden Falle, nach ganz leichten Affektionen einstellen. „Es gibt keine nothwendige Beziehung zwischen der Intensität der Gelenkaffektionen und derjenigen der paralytischen und atrophischen Erscheinungen." Dieser Umstand ist für die Prognose der Gelenkaffektionen von grosser Wichtigkeit.

In Bezug auf die Entstehung der Lähmung und der Atrophie stimmt Ch. mit den meisten anderen Autoren in der Annahme überein, dass die gereizten Gelenknerven auf das spinale Centrum wirken, und von dort aus die Centren, von welchen die der Bewegung und der Ernährung vorstehenden Nerven ausgehen, in Mitleidenschaft gezogen werden. Zwischen den Zellen, aus welchen die centripetalen Gelenknerven ihren Ursprung nehmen, und den Zellen, welche die Nerven für die Bewegung und die Ernährung der betreffenden Extensorenmuskeln abgaben, besteht eine bestimmte Beziehung.

Die spinale Affektion ist keine tief greifende wie bei der Kinderlähmung (mit Entartungsreaktion). Es handelt sich vielmehr nur um „einen Zustand der Unthätigkeit, der Erstarrung" der betr. Nervenzellen. Dieselbe weicht einer elektrischen Behandlung (elektrischer Funke, Galvanisation, Faradisation).

Die deuteropathischen Störungen, welche einer Gelenkaffektion folgen können, nehmen manchmal auch andere Formen an (Contraktur u. s. w.). Ch. wird dieselben zum Gegenstand einer besonderen Besprechung machen.

E. Bardenhewer.

---

126. **H. Schmidt-Rimpler, Zur specifischen Reaction des Sehnerven auf mechanische Reize.** (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882, Nr. 1.)

Im Gegensatz zu den Angaben der physiologischen Handbücher fand S., dass bei der Durchschneidung des Opticus, auch wenn er leitungsfähig ist, Lichtempfindungen nicht auftreten, welch negativer Befund



auch durch v. Rothmund in München und Szokalski bestätigt wird. Die ältern Beobachtungen erklärt S. aus einer mechanischen Reizung der Netzhaut, welche bei der Fixirung und Anspannung des Bulbus im Moment der Exstirpation unvermeidlich ist. Auch die subjectiven Lichterscheinungen bei starken Ein- und Auswärtsbewegungen des Auges lassen sich durch mechanische Reizung der Netzhaut erklären; die Sehnervenscheiden gehen rings um die Papille in die Sclera über; wenn nun die Scheiden durch schnelle Seitenbewegungen gezerrt werden, so setzt sich der Reiz zunächst auf den ringförmigen Abschnitt der Sclera, welcher den Sehnerveneintritt umgibt, fort, und weiter auf die anliegenden Netzhautelemente. Diese Erwägungen und eine von Landsberg veröffentlichte Beobachtung, bei welcher Lichterscheinungen bei Berührung eines freiliegenden Opticusstumpfes vollständig fehlten, veranlassten den Verf., die Reaction des Sehnerven gegen mechanische Reize einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Er benutzte dazu intelligente Pat., welchen vor nicht zu langer Zeit das Auge enucleirt worden war, und konnte in der That bei zwei der 6 geeigneten Personen durch Druck mit einem geknöpften Instrument auf den Opticusstumpf Lichterscheinungen an der Seite des enucleirten Auges hervorrufen. Dass nicht alle Geprüften auf Druck Lichtempfindungen angaben, lässt sich durch partielle Atrophie oder starke Reaction des Opticus erklären. S. hält seine Beobachtungen für durchaus beweiskräftig für die spez. Reaction des Sehnerven auf mechanische Reize.

Kopp.

---

127. **Prof. Dr. Carl Gussenbauer, Ueber Nervendehnung.** Vortrag in der Generalversammlung des Centralvereins der deutschen Aerzte in Böhmen am 16. Dez. 1881. (Prager Medic. Wochenschrift 1882, Nr. 1 u. 2.)

Nach einer historischen Einleitung, in welcher die bisherige Litteratur über Nervendehnung in grossen Umrissen Berücksichtigung findet, bespricht G. einige allgemeine Gesichtspunkte, welche die Mechanik der Nervendehnung und die davon abhängig gemachten Wirkungen betreffen. Was zunächst den mechanischen Effekt anlangt, so geht aus den Versuchen von Vogt u. A. hervor, dass das Gewebe der Nerven in geringem Grade elastisch ist, und dass eine Dehnung zunächst nur eine Verschiebung der Nervenstämme innerhalb ihrer Scheiden bewirkt. Wird die Elastizitätsgrenze durch den Zug nicht überschritten, so findet nur eine vorübergehende Längenzunahme Statt; erst bei Ueberschreitung des Gleichgewichtes zwischen der absoluten Festigkeit des Nerven und der Zugkraft, kommt es zu Kontinuitätstrennungen. Bei einer Nervendehnung am Menschen, die wie gewöhnlich mit grosser Kraft ausgeführt wird, handelt es sich nicht nur um eine durch Verschiebung des Nerven



in seiner Scheide verursachte Läsion der Gewebe, insbesondere der kleinsten Blutgefässe und um eine Aenderung der Elastizitätsverhältnisse, sondern auch der Cohäsion einzelner Theile durch Ueberwindung der absoluten Festigkeit. Dafür sprechen auch die anatomischen Befunde, sowie das physiologische Experiment und die Erfahrungen am Menschen. Denn die nach einer Dehnung beobachtete Herabsetzung resp. Aufhebung der Reizbarkeit und Reflexerregbarkeit des Nerven können, da sie auch bei aufgehobener Cirkulation eintreten, nur als direkte Folge der mechanischen Einwirkung angesehen werden. Ebenso können in pathologischen Fällen die momentane Wiederherstellung der Sensibilität, das plötzliche Verschwinden von Krämpfen und Schmerzen nicht durch Veränderungen der Cirkulation, bezw. der Ernährung, sondern nur durch eine direkte Einwirkung auf die Leitung in den Nerven erklärt werden.

Die Frage, ob die Wirkung der am Menscheu vorgenommenen Nervendehnung auf den gedehnten Nerven beschränkt bleibt, oder ob sie sich auf das RM. erstreckt, beantwortet G., gestützt auf eigene und Gilette's Versuche, dahin, dass sich die rein mechanische Wirkung auf das RM., und wahrscheinlich sogar spurweise auf das Gehirn fortpflanze. Damit im Einklang stehen auch die Resultate physiologischer Experimentaluntersuchungen verschiedener Autoren, sowie klinische Erfahrungen, welche beweisen, dass die Nervendehnung nicht nur peripher, sondern auch auf das Rückenmark in seinem ganzen Quer- und Längsschnitte einwirke.

Weiterhin bespricht Verf. die Operation selbst und die dabei anzuwendende Kraft, und geht dann zur wichtigsten aller Fragen, der nach dem therapeutischen Werthe der Operation über. Sie hat sich noch bei keiner Nervenaffektion als ein unfehlbares Mittel erwiesen. Die Anzahl der gänzlichen Misserfolge wird aber weit übertroffen von der Zahl der Heilungen und Besserungen. Unter 65 Fällen von Neuralgien wurden 38 geheilt, 14 gebessert, 12 erfolglos operirt. Unter 23 Reflexepilepsien, klonischen Krämpfen und nicht schmerzhaften Kontraktionen: 12 Heilungen, 9 Besserungen, 2 Misserfolge. Von 28 Fällen von Trismus und Tetanus wurden nur 8 geheilt. Unter 4 Anaesthesien und peripherischen motorischen Lähmungen 3 Erfolge. Günstige Erfolge wurden ferner erzielt in 30 Fällen von Lepra anaesthet. Die Nervendehnungen bei centralen RM.-Leiden (ca. 50) lassen noch am wenigsten ein sicheres Urtheil zu. Nach seinen eigenen Erfahrungen hält G. bei Tabes die Operation für angezeigt, wenn andere therapeutische Massnahmen fruchtlos geblieben sind und keine Kontraindikation von Seite lebenswichtiger Organe vorliegt. G. selbst hat in 6 Fällen von zweifelloser Tabes dors. die Nervendehnung vorgenommen, die noch ausführlicher veröffentlicht werden sollen. In einem derselben verschwanden die quälenden Schmerzen, wurde die Anaesthesie gehoben und die Motilität, namentlich die Gehfähigkeit gebessert, in anderen 4 Fällen wurden einzelne Symptome auffällig gebessert, in einem 6. Fall trat nur vorübergehende unwesentliche Besserung ein, und die Pat. starb an einer schon vorher bestehenden Pyelo-Cystitis. Auch bei einer Neuritis ascendens sowie 2mal bei Ischias erzielte G. Besserung. Diese Beobachtungen lehren, in Uebereinstimmung mit anderen Erfahrungen, „dass die Nervendehnung



als eine willkommene und häufig auch erfolgreiche Neuerung in der Behandlung der Nervenaffektionen anzusehen ist.“ Zum Schluss stellt Verf. Litteraturangaben zusammen.

Stintzing (München).

---

128. **Franz Riegel, Ueber den normalen und pathologischen Venenpuls.** (D. A. f. klin. Med. B. XXXI.)

Verf. lässt einer vor einiger Zeit veröffentlichten kurzen Mittheilung über das obige Thema jetzt eine ausführlichere Arbeit folgen. — Länger fortgesetzte Beobachtungen haben R. zu einer in vielen Beziehungen, von den bis jetzt geltenden Ansichten über Venenpulse, abweichenden Anschauung geführt. Nach einer eingehenden Zusammenstellung der Ansichten der Autoren über das vorliegende Thema wendet sich Verf. zur Mittheilung seiner eigenen Ergebnisse.

An Thieren kann man bei unversehrter Haut, sehr deutlich aber an der blossgelegten vena jugularis externa zweierlei Bewegungen erkennen, respiratorische (mit der Inspiration Abschwellung, mit der Exspiration Anschwellung des Venenrohrs) und der Herzaction isochrone. Letztere verschwinden auch nicht völlig, wenn man die Vene comprimirt, unterhalb der Compressionsstelle. Auch an der vena cava inferior konnte R. bei eröffneter rechter Thoraxhälfte deutlichen Venenpuls constatiren, die Angabe Mosso's: der Venenpuls entstehe in Folge des durch die Volumsschwankungen des Herzens schwankenden negativen Thoraxdrucks ist demnach nicht haltbar. Was das zeitliche Verhältniss des Venenpulses betrifft, so geht aus den R.'schen Manometerbeobachtungen mit Sicherheit hervor, dass der normale Jugularvenenpuls nicht auf einer herzsystolischen rückläufigen Welle beruhen kann; der normale Venenpuls ist vielmehr als ein negativer Puls aufzufassen.

Auch an ganz gesunden Menschen gelingt es, freilich nur in seltenen Fällen, an der Vena jugularis der Herzaction isochrone rhythmische Erschütterungen zu constatiren. R. hat in zahlreichen Fällen synchron gezeichnete Jugularvenen- und Carotispulsbilder aufgenommen. Diese Bilder ergeben, dass nicht, wie allgemein angenommen wird, die erste Zacke des anadicroten Schenkels der Vorhofssystole, die zweite zeitlich der Kammersystole entspricht, vielmehr, das katacrote Schenkel des Venenpulses dem anacroten des Arterienpulses i. e. der Herzsystole entspricht, dass also die Herzsystole (resp. Vorhofsdiastole) den Abfluss des Venenblutes in das rechte Herz befördert, die Diastole dagegen denselben erschwert. Zur Erklärung des Wellenthals im anacroten Schenkel des Venenpulses zieht R. die Vorgänge im Arteriensystem heran. Die Wahrscheinlichkeit der Annahme, dass die Erweiterung der Aorta im Beginn der dem Schlusse der Semilunarklappen entsprechenden positiven Klappenwelle eine Verengerung der Hohlvene und dementsprechend eine Anschwellung der vena jugu-



laris, die nun folgende Verengerung der Aorta eine Raumvergrösserung der vena cava und ein Abschwellen der jugularis bewirken, liegt gewiss nahe.

Bei der Betrachtung des pathologischen Venenpulses werden besonders die Venenpulse bei Tricuspidalinsufficienz in Erwägung gezogen. Vor Allem will Verf. die Unterschiede zwischen pathologischem und normalem Venenpuls präcisiren. Im Gegensatz zum Normalvenenpuls zeigt der Venenpuls der Tricuspidalklappeninsufficienz praesystolisch-systolische Venenerweiterung, diastolischen Venencollaps. Ueber einige andere Arten pathologischer Venenpulse muss auf das Original verwiesen werden.

Dr. Lachmann (Frankfurt a./M.).

129. **Duguet, Rétrécissement de l'orifice artériel pulmonaire, non suivi de phthisie chez une rhumatisante; hémiplégie faciale; nephrite parenchymateuse mortelle.** Verengerung des orificium art. pulmon. ohne nachfolgende Phthise nach Gelenkrheumatismus; halbseitige Gesichtslähmung; tödtliche parenchymatöse Nephritis. (L'Un. med. No. 58.)

Eine bis dahin gesunde 35jähr. Person erkrankte an polyarticulärem Gelenkrheumatismus. Nach der Genesung fortwährende Palpitationen ohne Cyanose und allmählich zunehmende Anaemie. Zwei Jahre später öftere Schwindelanfälle, linksseitige Facialisparalyse, subacute Nephritis. Bei ihrer Aufnahme ins Hospital comatöser Zustand, starke Prostration. Ueber der ganzen Herzgegend starkes frémissement cataire. Herzdämpfung nicht vergrössert. An der Herzspitze rauhes systolisches Geräusch; ein zweites lautes Geräusch besonders links vom Sternum, aber auch hinten links hörbar. Lungen gesund. Puls 120, klein. Urin spärlich mit viel Eiweiss. Kein Fieber. Tod im Koma 7 Tage nach der Aufnahme.

Bei der Autopsie fand sich: Excentrische Hypertrophie des rechten Ventrikels und Vorhofs. Die Tricuspidalklappen verdickt, glatt, das Ostium verengert. An Stelle der Pulmonalklappen ein häutiges Diaphragma, zwei verwachsene Klappen darstellend, in der Mitte eine knopflochförmige Oeffnung von 12 mm Breite. Von einer dritten Klappe ist nichts zu sehen. Das For. ovale geschlossen, jedoch die beiden, den Verschluss bildenden halbmondförmigen Falten nicht verwachsen, so dass man eine Sonde vom rechten in den linken Vorhof führen kann. Die Art. pulm. unmittelbar oberhalb des Ostiums ampullenartig erweitert, ihre Wände schlaff und verdünnt, sonst unverändert. Die Mitralisklappen verdickt, glänzend; mässige Stenose des betr. Ostium. Aortenklappen normal. Nirgends am Herzen Spuren frischer Entzün-



dung. Nieren vergrössert, Kapsel leicht abziehbar, Nierensubstanz auf dem Durchschnitt speckartig. Mässige Fettleber. Im Gehirn nichts Abnormes. Nach D. könnte es zweifelhaft sein, ob die Verengerung des Ost. art. pulm. angeboren oder erworben ist. Er hält letzteres für wahrscheinlich, da nie Cyanose, das gewöhnliche Symptom angeborener Herzfehler, bestand, die Verengerung sich auf das orificium beschränkte, gleichzeitig Stenose der Mitralis und Tricuspidalis vorhanden war und die Symptome einer Erkrankung des Herzens sich zuerst nach einem Gelenkrheumatismus bemerkbar machten. Für die Facialisparalyse nimmt er einen rheumatischen Ursprung an. Bemerkenswerth ist das Fehlen jedes phthisischen Processes in den Lungen, während dieselben nach D. in der Mehrzahl der Fälle ähnliche Affectionen des Herzens zu compliciren pflegen.

Brockhaus (Godesberg).

---

130. **Duroziez, De la fréquence de la lésion aigue ou chronique de la tricuspide.** Ueber die Häufigkeit acuter und chronischer Erkrankungen der Tricuspidalis. (L'Un. méd. No. 65.)

D. hält Erkrankungen der Tricuspidalis für viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Sie entwickeln sich im Verlauf derselben Krankheitsprocesse (Gelenkrheumatismus, Diphtherie), wie auch die Affectionen der Mitralis und es ist nach D. kein Grund für die Annahme, dass die Tricuspidalis meist später erkrankte als die Mitralis. Er ist geneigt, Geräusche, die im Bereich der rechten Herzhälfte gehört worden, auf Tricuspidalisfehler zu beziehen. Gewöhnlich wurde bei den Sectionen der Tricuspidalis zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, und leichte Verdickung, Knötchenbildung etc. übersehen. Um die Insufficienz der Tricuspidalis nachzuweisen, bedient er sich folgenden, wie er selbst zugibt, nicht unangreifbaren Verfahrens. Er öffnet den rechten Ventrikel und spült die in ihm befindlichen Gerinnsel mit Wasser aus. Dann öffnet er den rechten Vorhof, reinigt denselben ebenfalls von Gerinnseln und bewegt dann das Herz in einem hinreichend tiefen mit Wasser gefüllten Gefäss langsam auf und nieder. Dabei kann man dann beobachten, ob sich die Klappen vollständig aneinander legen oder nicht. Kleine, am freien Rande sitzende Verdickungen verhindern oft den vollkommenen Schluss durch Bildung kleiner Interstitien.

Zum Beweise seiner Behauptung von dem nicht seltenen Vorkommen von Tricuspidalerkrankungen führt er eine Reihe von Beispielen eigener und fremder Beobachtungen an, die im Original nachzusehen sind. Seine Schlussfolgerungen sind:

Die Tricuspidalis ist oft erkrankt, verdickt und in ihrer Gestalt verändert, weniger oft und weniger schwer als die Mitralis. Die In-

sufficienz der Tricuspidalis beruht oft auf solchen acuten oder chronischen Erkrankungen; Asystolie und Dilatation des Ventrikels sind nicht die einzigen Ursachen der Insufficienz.

Brockhaus (Godesberg).

---

131. **D. Jäger** (Neustadt), **Ein Fall von acuter genuiner fibrinöser Bronchitis.** (Würtemb. ärztl. Correspondenzbl. 1882. No. 15.)

Ein $5^1/_2$ jähriges Kind, welches die Masern ohne Complication überstanden, erkrankte 2 Tage nachdem es zum erstenmal das Zimmer verlassen auf's Neue unter catarrhalischen Erscheinungen, Dyspnoe, quälendem, nicht klanglosem Husten. Während eines heftigen Dyspnoeanfalles warf das Kind eine ca. 3 cm lange und 0,5 cm breite Membran aus. Ausserdem fanden sich in dem Spucknapf eine Menge langer wurmförmiger, getheilter und verästelter Gebilde von zäh elastischer Consistenz. Die objective Untersuchung ergab: Stillstand der L. Thoraxhälfte, Aufgehobensein des Athemgeräusches, bei normalen percutorischen Verhältnissen. Ueber der R. Lunge keine abnormen Verhältnisse. J. hatte selbst Gelegenheit einen solchen Dyspnoeanfall zu beobachten, welcher nach vorausgehendem eigenthümlichen Flattergeräusch, mit der Exspectoration einer röhrenförmigen Membran endigte. Unter Zunahme der Dyspnoe, verminderter Exspectoration der Gerinnsel, Auftreten von Aphonie ging das Mädchen asphyctisch zu Grunde.

Die Section ergab frische adhäsive Pleuritis und Pericarditis. L. Lunge lufthaltig gebläht, da und dort atelectatische und pneumonische Herde. Im Kehlkopf ein schwacher nicht zusammenhängender croupöser Belag, welcher nach abwärts immer solider und derber werdend, 2 cm oberhalb der Bifurcation die Trachea fast vollständig ausgoss. Die croupösen Massen setzten sich von hier nach dem L. Hauptbronchus, bis in die feinsten Bronchiolen fort, dieselben vollständig verstopfend. Auf Druck quollen sie fadenförmig über die Schnittfläche hervor.

Auch in den Anfangstheil des R. Hauptbronchus waren die croupösen Massen eine kurze Strecke eingedrungen, sich hier mehr fleckweise ausbreitend und hier nur in 3 kleinere Nebenverzweigungen hineinragend. R. Lunge blutreich, sonst normal.

Hindenlang (Freiburg).

---

132. **Cyr, Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques.** Schwere nervöse Symptome durch Gallensteinkolik hervorgerufen. (L'Un. méd. Nr. 63.)

C. beobachtete bei einer an Gallensteinkoliken leidenden Frau bei verschiedenen Attaquen schwere nervöse Symptome: Tiefes Koma, convul-



sivische Bewegungen der Augen, mühsame, frequente und abgebrochene Respiration, beschleunigten Puls. In einem, näher beschriebenen Anfall dauerte dieser Zustand 5 Tage. C. erörtert die Frage, ob diese Symptome durch Aufnahme von Gallenbestandtheilen ins Blut (leichte, icterische Färbung der Haut bestand während des Anfalls) oder als Folgen des heftigen Schmerzes durch Reflex auf die nervösen Centren zu erklären sind. Gegen erstere Annahme spricht die Erfahrung, dass nervöse Symptome sehr oft bei ausgesprochenem Icterus fehlen, sowie die Experimente von Frerichs, der nach Einspritzung von Galle in die vena cruralis eines Hundes keinerlei Erscheinungen seitens des Nervensystems beobachtete, während die Versuche von Feltz und Ritter sie zu bestätigen scheinen; dieselben sahen schwere nervöse Symptome nach der Injection von Gallensalzen ins Blut. C. hält die zweite Erklärungsweise für wahrscheinlicher und denkt sich den Weg des Reflexes durch den Sympathicus auf das verlängerte Mark, das Gehirn und den Vagus.

Brockhaus (Godesberg).

---

133. **Dr. H. Ribbert, Ueber den Einfluss der Gerbsäure auf die Albuminurie.** (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882, Nr. 3.)

R. erzeugte durch $1^1/_2$ stündige Abklemmung der Nierenarterie bei Kaninchen Albuminurie, und injicirte darauf gleich nach Entfernung der Klemmpincette 2—3 ccm einer 0,5% Tanninlösung in die Jugularis. Die nach einer halben Stunde herausgeschnittene Niere wurde gekocht und frisch untersucht. R. beobachtete dabei eine Verringerung des geronnenen Fibrin in den Malpighischen Kapseln, im Vergleich zu andern Nieren, die eine Einwirkung von Gerbsäure nicht erfahren hatten. Eine in der Zwischenzeit erschienene Publication Lewin's veranlasste R. zu seinen weitern Versuchen gerbsaures Natron zu verwenden, welches von den Versuchsthieren viel besser ertragen wird und in bedeutend grösseren Gaben zur Verwendung kommen konnte. Bei dem so abgeänderten Experiment stellte es sich heraus, dass in den meisten Glomerulis das Eiweiss völlig fehlte, in den übrigen nur in ganz schmalen, selten etwas breiteren Zonen vorhanden war. R. hält es nach seinen Versuchen, welche der durch Frerichs empfohlenen Anwendung des Tannin bei Nephritis eine experimentelle Stütze geben, angezeigt, anhaltende Versuche mit der Darreichung des gerbsauren Natrons bei Nephritis zu machen. Diese Therapie dürfte um so sicherer von gutem Resultate sein, je früher man mit Verabreichung des Tannates beginnt.

Kopp.



134. **Dr. Panthel,** Sanitätsrath, Ems, **Ein wohl unbekannter Feind aus der Pflanzenwelt.** (Memorabilien XXVII. Jahrg. 2. Heft.)

Eine Frau verschluckt aus Versehen die zerschnittenen Knollen einer Calla, der bekannten Zimmerpflanze. Sofort entsteht heftiges Brennen im Munde, Speiseröhre und Magen, die Mundschleimhaut ist weissgelblich angeätzt, äusserst schmerzhaft und geschwollen. Ein Brechmittel entfernte die Schädlichkeit, jedoch blieb die Magengegend noch 8 Tage lang empfindlich.

Bartold.

---

135. **Hiller, Ueber die subcutane Anwendung von Abführmitteln.** (Zeitschrft. f. klin. Med. IV. p. 481. 1882.)

Die guten Erfolge, welche die subcutane Anwendung einer Reihe von Arzneimitteln aufweist, und zwar nicht nur jene der narkotischen Alkaloïde, sondern auch die von Arzneistoffen, welche eine ganz specifische Wirkung auf andere Organe und Functionen, z. B. die Schweisssecretion, den Brechact etc. ausüben, legten den Gedanken nahe, dass sich Aehnliches auch bei den Abführmitteln werde erreichen lassen. — Wiederholte Thierversuche mit subcutaner und intravenöser Injection von Abführmitteln haben zwar die Möglichkeit einer auf diesem Wege zu erzielenden drastisch-purgirenden Wirkung ergeben, haben aber für den Menschen keine praktisch verwerthbaren Resultate ergeben.

H. hat eine grössere Reihe von Versuchen in dieser Richtung mit solchen aus Abführmitteln dargestellten Stoffen in Angriff genommen, welche die Hauptbedingung für die subcutane Anwendung eines Mittels erfüllten: die Löslichkeit in Wasser und die Wirksamkeit in möglichst kleiner Dosis.

Die Mehrzahl dieser Stoffe sind Bitterstoffe aus der Reihe der Glucoside; z. Th. Säuren und Säurenanhydride; — hinderlich für die subcutane Anwendung ist ihre Schwerlöslichkeit in Wasser, dagegen sind sie leicht löslich in Alkohol, heissem Wasser und Glycerin; nach diesem Gesichtspunkte wurde auch diese Mischung grösstentheils als Lösungsmittel benützt. — Betreffs der Wirksamkeit der angewandten Stoffe als Abführmittel bei subcutaner Application waren die Resultate vollkommen befriedigend, dagegen waren die einzelnen in Vergleich gezogenen Substanzen sehr ungleich in ihrer Brauchbarkeit.

Am meisten geeignet für die subcutane Anwendung erwiesen sich:

1. das Aloïn, das Glucosid der Aloë; in warm bereiteter Glycerinlösung 1 : 8 oder 1 : 5 (wochenlang haltbar) bewirkt in der Dosis von 1 ccm (Pravaz'sche Spritze) subcutan nach 4—6 Stunden eine reichliche, breiige Stuhlentleerung mit mässigem Leibweh, bei wiederholter Einspritzung, 2—3 mal täglich mehrere dünnbreiige und wässrige Entleerungen; — es wirkt in dieser Application meist entspre-



chend, eher etwas schwächer als bei der Darreichung per os, wobei 0,1—0,2 grm kräftig abführend wirken. Geeigneter als die subcutane Anwendung des Aloïn sind die wirksamen Bestandtheile der Coloquinthen:

2. das Colocynthin der ältern Pharmacologen erwies sich als zu wenig wirksam (0,3—0,6 grm per os bewirkten mässiges Abführen) und verwandte H. dann ein nach seiner eigenen Methode von E. Merck dargestelltes Präparat:

3. das Colocynthinum purum, in Alcohol, Glycerin und Wasser im Verhältniss von 0,3 : 30 gelöst; eine Pravaz'sche Spritze voll, also 0,01 subcutan, erzeugt nach 4—6 Stunden reichliche, breiige Stuhlgänge mit mässigem Leibweh; — bei habitueller Stuhlverstopfung empfiehlt er die Injectionen 2 mal (Morgens und Abends) zu wiederholen. — Einen Uebelstand dieser Applicationsweise, den heftigen localen Schmerzen an der Injectionsstelle, sucht H. dadurch zu begegnen, dass er das Mittel als Clysma nehmen lässt, behufs dessen Resorption seitens der Mastdarmschleimhaut. Die Injection von 0,01 in obengenannter Lösung mit Wasserzusatz bis auf 5 resp. 10 grm reducirt. Absolut schmerzlos und erzeugt bereits nach $^1/_2$—1 Stunde reichliche breiige Stuhlentleerung mit mässigen Colikschmerzen.

Aehnlich und angenehmer als bei subcutaner Application wirkt auch das Aloïn in Dosen von 0,1 bis 0,2 per rectum; — ebenso können die Infuse und Decocte von Rhëum und Cuma in gleicher Weise verwendet werden.

4. Das Citrullinum, ein von E. Merck aus den Coloquinthen dargestelltes Resinoïd, wirkt innerlich in der gleichen Dosis von 0,005—0,010 abführend; subcutan in obiger Lösung ebenso wirksam wie Colocynthinum purum; der localen Schmerzen wegen ist die Application per rectum ebenfalls vorzuziehen.

5. Das Extractum Colocynthidis, in Lösung von 1 : 30 obiger Alcohol-Glycerin-Wassermischung eignet sich weniger zur Localapplication, wie die beiden vorhergehenden. Dasselbe ist trüb und muss vor dem Gebrauch stets filtrirt werden, das Filtrat wirkt subcutan und per rectum in Dosen (wie innerlich) von 0,015—0,06, erzeugt aber mehr unangenehme Nebenerscheinungen, als die beiden vorigen Präparate: heftige locale Schmerzen, im Rectum Brennen und Drängen, zuweilen Uebligkeit und Erbrechen.

6. Das Cathartinum e Senna, leicht löslich in Alkohol-Glycerin-Wasser wirkt innerlich erst bei Dosen von 0,4—0,5 gelinde abführend, ohne Colikschmerzen; ist subcutan wegen der geringen Wirkung und der Nothwendigkeit einer grossen Dosis nicht verwendbar.

7. Acidum cathartinicum e Senna, leicht löslich in Wasser und wasserhaltigem Glycerin, schwer löslich: Alkohol wirkt in Dosen von 0,2—0,3 gut purgirend. Eine wässrige, alkalische Lösung von 1 : 20 mit etwas Natr. bicarb. subcutan in der Dosis von 2 ccm und erzeugt unter ganz geringen Leibschmerzen nach 8—12 Stunden eine reichliche breiige Stuhlentleerung; — wenig brauchbar bei habitueller und hartnäckiger Verstopfung, wegen der zu gross nöthigen Dosirung.

8. Die Elateriumpräparate, denen allgemein sehr drastische,



selbst toxische Wirkungen zugeschrieben werden, erwiesen sich zum Theil ganz wirkungslos, zum Theil nur schwach wirksam.

9. Das Leptandrinum purissimum, das Glucosid auf Leptandra Virginiana hat innerlich in Alcohol-Lösung in Dosen von 0,5 nur ganz schwach die Peristaltik anregende und dadurch Stuhlentleerung erzeugende Wirkung, und ist daher subcutan nicht verwendbar.

10. Das Evonyminum purum, das Glycosid von Evonymus Atropurpurea, wirkt innerlich in Dosen von 0,1—0,2 gelinde abführend, ist subcutan wegen der Schwerlöslichkeit in allen oben erwähnten Menstruen nicht brauchbar.

11. Das Baptisin, das Glucosid von Baptisia tinctoria, leicht löslich in heissem Wasser und Alkohol, bewirkt innerlich in Dosen von 0.3—0,4 nach 4—6 Stunden fast ohne Leibweh breiige oder consistente Stuhlentleerungen; für subcutane Anwendung ist die Wirkung zu gering.

Als Endresultat seiner Versuche kam H. zu dem Schluss, dass die subcutane Anwendung von Abführmitteln in Bezug auf Annehmlichkeit und Sicherheit der Wirkung vor der inneren Darreichung als Pulver, Pillen oder Infusen keinen Vorzug hat; — es wird sich diese Applicationsweise nur auf solche Fälle beschränken, in welchen die innere Darreichung erschwert oder contraindicirt ist; — in den meisten Fällen verdient aber die Application dieser Abführmittel per anum vor der subcutanen Injection den Vorzug. Diese Form der Anwendung ist aber nicht zu verwechseln mit den abführenden Clystieren von 200 oder mehr Wasser, sondern ist auf geringe Flüssigkeitsmengen, 5—10 ccm beschränkt, analog den ernährenden Clystieren auf die Resorption der wirksamen Substanzen durch die Mastdarmschleimhaut berechnet.

Engesser (Freiburg i. B.).

Die Herren Autoren werden gebeten, zur schnelleren Herstellung der Referate die Separatabzüge an die Redaction einsenden zu wollen.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Der dritte Jahrgang umfasst 39 Bogen incl. Titel und Register.

Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des III. Jahrg. 13 M. 50 Pf., zu beziehen durch alle Buchhandl. und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
Dr. D. Finkler, a. o. Professor der Medicin in Bonn.

1882. 29. Juni. Nro. 11.

Anchylostomum duodenale bei der Ziegelbrenneranaemie in Deutschland.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. H. Menche,

Assistenzarzt der station. medic. Klinik in Bonn.

Am 11. Juni 1882 kam ein Pat. — H. Thomas, 20 J., Ziegelbrenner in Kessenich — zur Aufnahme in hiesige Klinik. Derselbe

zeigte die Symptome der bekannten Ziegelbrenneranaemie, und es gelang mir am 13. Juni in 6 Stühlen, die auf einer am 12. Juni verabreichten Dosis von Santonin 0,1 und Ol. Ricini 3 Essl. erfolgt waren, ausser Eiern 16 Anchylostomen zu finden. Auf Santonin und Calomel, von Baeumler[1]) empfohlen, wurden noch weitere 27 Helminthen abgetrieben. Eine stärkere Wirkung hatte Extr. filic. mar. aeth. in hohen Dosen bis 20 ccm, empfohlen durch Prof. Perroncito[2]), Dr. Parona in Italien, Dr. Schönbächler[3]), Dr. Maj[4]) etc.; in folgenden 5 Stühlen zählte ich 491 Anchyl. duoden.

In einer Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde am 19. Juni wurden die mikroskopischen Präparate der gefundenen Parasiten nebst Eier demonstrirt.

---

137. **G. Bizzozero, Ueber einen neuen Formbestandtheil des Säugethierblutes, und die Bedeutung desselben für die Thrombosis und Blutgerinnung überhaupt.** (Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 1882. No. 2.)

138. **G. Bizzozero, Blutplättchen und Blutgerinnung.** (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1882. No. 20.)

B. fand bei Beobachtung des Blutkreislaufes im Mesenterium chloralisirter Kaninchen und Meerschweinchen ausser rothen und weissen Blutkörperchen noch ein drittes Formelement circuliren, nämlich sehr blasse, farblose, ovale oder runde Plättchen, zwei- bis dreimal kleiner als die rothen Blutkörperchen und regellos zerstreut unter den andern Blutelementen. Diese Plättchen sind auch in dem frisch entzogenen Blute des Menschen sichtbar, gewinnen aber durch rasche Alteration und Verunstaltung bald ein körniges Aussehen — Körnchenhaufen der Histologen. Durch eine mit Methylviolett gefärbte Kochsalzlösung gelingt es die Form der Plättchen längere Zeit unverändert zu erhalten. Ueber die Herkunft derselben kann B. Positives nicht beibringen. Der Vergleich zwischen dem entzogenen Blute und dem circulirenden löst die bisher offene Frage von den sogenannten Körnchenhaufen, die meist von dem Zerfall der weissen Blutkörperchen abgeleitet wurden. — In Zukunft also wird man bei dem Studium der Functionen und Alterationen des Blutes stets auch diesen constanten und reichlich vertretenen neuen Formbestandtheil mit in Betracht ziehen müssen. B. beobachtete eine numerische Zunahme desselben in krankhaften Zuständen und studirte seine Beziehungen zur Thrombenbildung und Blutgerinnung. Bei

1) Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte. Jahrgang XI. (1881).
2) Revue méd. de la Suisse romande I. 3. p. 163. Mars 1881.
3) Schweiz. ärztl. Corr. Bl. XI. 3. 1881.
4) Gazz. Lomb. 8. Ser. III. 37. 1881.



der Thrombose bilden die Plättchen den überwiegenden Bestandtheil des weissen Thrombus der Säugethiere, indem sie jene körnige Substanz abgeben, die man zwischen den farblosen Blutkörperchen findet. Bei der Blutgerinnung fällt wahrscheinlich den Plättchen jene Rolle zu, welche Montegazza und A. Schmidt den farblosen Blutkörperchen zuschreiben. B. konnte sich nie von jenem massenhaften Zerfall der weissen Blutkörperchen, wie er von A. Schmidt angenommen wird, überzeugen. Die Zeit, in welcher ein soeben entzogenes Bluttröpfchen zur Gerinnung kommt, entspricht dem Zeitraum, innerhalb dessen die Blutplättchen der Entartung anheimfallen. Frisch entzogenes Blut in einer methylvioletthaltigen Kochsalzlösung aufgefangen, fand B. noch nach 24 Stunden ungeronnen. In einem zwischen zwei Ligaturen abgebundenen Gefässe bewahren die Plättchen stundenlang ihre characteristische Form; dem Einflusse der lebenden Gefässwand entzogen, unterliegen sie sofort der Entartung. Wenn man Blut mit Zwirnfäden schlägt, bevor die Gerinnung eingetreten, und die Fäden dann in eine die Plättchen conservirende Flüssigkeit bringt, so zeigt das Microscop, dass nur sehr wenige farblose Blutkörperchen an den einzelnen Fäserchen haften geblieben sind, die letzteren aber von einer dichten Schicht viscös gewordener Blutplättchen überzogen sind. B. hält es nach diesen Beobachtungen für mehr als wahrscheinlich, dass die Gerinnung des Blutes unter dem directen Einfluss der Blutplättchen stehe.

In seiner zweiten Mittheilung setzt B. seine Untersuchungen über Gerinnung fort. Er schlug Blut mit Zwirnfäden und sog dieselben vor dem Beginn des Fibrinniederschlages heraus, wusch sie in einer indifferenten Chlornatriumlösung und tauchte sie dann in eine nach A. Schmidt's Vorschrift bereitete protoplastische Flüssigkeit. Es trat stets bedeutende Gerinnung ein. Da es keine Methode gibt, die Blutplättchen frei von Leucocythen zu sammeln, eben so wenig, wie umgekehrt, so ist es schwer, den relativen Antheil beider an der Gerinnung zu bestimmen. Zur Controlle liess B. auf eine protoplastische Flüssigkeit Stückchen von Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark einwirken, Gewebe, welche reich an allen Arten von Leucocythen sind. Milz- und Lymphdrüsentheilchen bewirkten gar keine oder nur unbedeutende Coagulation, Knochenmark dagegen öfters kleine Gerinnungen, welche B. dem darin enthaltenen Blut zuschreibt. Dagegen trat massenhafte Gerinnung ein, wenn die protoplastische Flüssigkeit zugleich mit Stückchen eines lymphoiden Organes und mit den an den Zwirnfasern haftenden Blutplättchen in Verbindung gebracht wurde. — Den Blutplättchen der Säuger dürften bei den mit gekernten Blutkörperchen versehenen Thieren jene gekernten, farblosen spindelförmigen Zellen entsprechen, welche von v. Recklinghausen u. A. schon vor vielen Jahren im Gegensatz zu den gewöhnlichen weissen Blutzellen des Frosches beschrieben worden sind.

Kopp.



139. **Dr. G. Fano, Beiträge zur Kenntniss der Blutgerinnung.** (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1882. No. 12.)

F. suchte die von Bizzozero jüngst gefundenen Blutplättchen in dem durch Peptonisation spontan ungerinnbar gemachten Blute auf, und fand dieselben sehr zahlreich. Die Gerinnung des peptonisirten Blutes kann man gut mit dem Microscop verfolgen, wenn man es mit Wasser verdünnt. Bei dieser Behandlung sah F. bei starker Vergrösserung im Verlauf von $^1/_2$ bis 1 Stunde die Bildung eines faserigen aus vielen sternförmigen Gebilden zusammengesetzten Netzes, dessen Fäden von sehr deutlichen Verbreitungspuncten entsprangen, welche F. als die Bildungspuncte des Fasernetzes ansieht. Zuweilen wurden diese Ausgangspuncte von Plättchen dargestellt, viel öfter aber von farblosen Blutkörperchen. Dabei kann man noch zahlreiche Haufen von unversehrten Plättchen bemerken, welche sich nicht an der Bildung des Fibrin betheiligen. Lymphe aus dem Ductus thoracicus von 3 peptonisirten Hunden enthielt keine Plättchen, gab aber mit Wasser oder Kohlensäure behandelt ein bedeutendes Gerinnsel. Im peptonisirten Plasma, das 2 oder 3 Tage im kalten Zimmer stand, entstand nicht selten ohne äusseres Mittel ein kleines Gerinnsel; die aus demselben getretene Flüssigkeit enthielt kaum noch die Plättchen, aber viele weisse Blutzellen. Mit Wasser oder Kohlensäure gab sie Gerinnsel, die grösser waren, als das erste. F. glaubt nach seinen Untersuchungen, dass die weissen Blutkörperchen den meisten Antheil an der Gerinnung haben, ohne dass er den Einfluss der Plättchen läugnen wollte.

Kopp.

---

140. **M. J. Rossbach, Ueber die Vermehrung der Bacterien im Blute lebender Thiere nach Einverleibung eines chemischen, organismenfreien Fermentes.** (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. No. 5.)

R. konnte im Verlaufe von Untersuchungen, welche zu andern Zwecken unternommen worden waren, einige höchst interessante Thatsachen constatiren, welche geeignet sind, in die Frage nach der Entstehung und Entwicklung kleinster Organismen im lebenden Körper, neues Licht zu bringen. Bei Einspritzung von Papayotin in die Körpervenen wurde nach dem kurz darauf erfolgten Tode in dem unmittelbar aus dem Herzen entnommenen Blut eine ungemein grosse Menge von Micrococcen gefunden. Vor der Injection war das dem gesunden Thiere entnommene Blut völlig frei von Organismen gewesen. Dieser Fall beweist, dass ein unorganisirtes, organismenfreies, von einer Pflanze stammendes chemisches Ferment die Beschaffenheit der Säfte des Körpers so verändern kann, dass die schon im normalen Zustande im



Körper vorhandenen Bacterien nun auf einmal lebens- und vermehrungsfähig werden. Diese Thatsache unterstützt wesentlich die Meinung, dass bei wirklicher Infection neben den eingeimpften organischen Keimen auch das gleichzeitig damit verbundene chemische Gift oder Ferment nicht bedeutungslos ist.

Kopp.

---

141. **Dr. J. A. Rosenberger, Experimentelle Studien über Septicaemie.** (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. No. 4.)

R. der sich lange Zeit mit Untersuchungen über das Wesen des septischen Giftes beschäftigte, versuchte mit kleinen Mengen von Serum und Blut von Thieren, welche an gekochtem septischen Gift zu Grunde gegangen waren, andere Thiere zu inficiren. Auch diese Thiere starben, wie die Section zeigte, an Septicaemie. Um sicher zu sein, dass in dem gekochten Gift keine Mikroorganismen mehr vorhanden waren, wurde dasselbe im Dampfkessel noch 2 Stunden lang einer Temperatur von 140° C. ausgesetzt und zur Injection neue wohl desinficirte Instrumente benützt. Auch bei den regelmässig angestellten Controlversuchen wurden die zur Verwendung genommenen und also vorbereiteten Giftmengen stets frei von Organismen gefunden. R., welcher wie Koch und Andere zwei Arten von Septicaemie annimmt, welche sich durch die Verschiedenheit der im Blute befindlichen Bacterien unterscheiden, konnte in den getödteten Thieren durch das Microscop stets diejenigen Microorganismen nachweisen, welche vor dem Kochen in der verwendeten Flüssigkeit vorhanden waren. Aus diesen Versuchen geht hervor, dass wir es bei den an gekochtem septischen Gift zu Grunde gegangenen Thieren wieder mit denselben specifischen Sepsisbacterien zu thuen haben, wie vor dem Kochen. Die Bacterien sind nicht das Primäre, sondern das Secundäre und R. nimmt an, dass die spez. Septicaemiebacterien sich aus den im Körper vorhandenen Spaltpilzen durch das Zusammenkommen mit einem chemischen ungeformten Gift entwickeln, da bei den in Rede stehenden Versuchen sicher keine Organismen oder Keime mit eingeführt worden waren. Wir haben also den Fall vor uns, dass gewöhnliche Spaltpilze im lebenden Thiere in spez. Sepsisbacterien umgewandelt werden und sich rasch vermehren durch Einbringung organismenfreien septischen Giftes.

Kopp.



142. **C. Schipiloff, Ueber die Entstehungsweise der Muskelstarre.** (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. Nr. 17.)

S. kommt auf Grund zahlreicher Versuche, welche im Originale nachzulesen sind, zu dem Schlusse, dass die Todtenstarre der Muskeln auf einer temporären Ausscheidung von chemisch unverändertem Myosin aus seinem halbflüssigen Zustande im Muskelplasma beruht, dass diese Ausscheidung durch postmortale Säureentwickelung im Gewebe verursacht wird, und dass die spontane Auflösung der Todtenstarre in noch nicht der Fäulniss anheimgefallener Muskelmasse durch Entwickelung grösserer Säuremengen bedingt ist.

Kopp.

---

143. **R. W. Bishop, Die Uebertragbarkeit der Alopecia praematura.** (Dissertation Berlin 1882.)

Im Anschluss an die Anschauung Lassar's, dass die Alopecia praematura nicht neurotischen Ursprungs sein müsse, sondern im Zusammenhang stehe mit bestimmten Mikroorganismen, die an den Haarschäften vorkommen, was Lassar dadurch bewies, dass er durch Uebertragung der Haarabfälle von Alopicetischen bei zahlreichen Thieren ausgebreitete Kahlheit erzeugte, nahm Verf. die Frage in Angriff, in wie weit eine äusserliche Ursache für die Alopecie Bedeutung habe.

Ein junger Mann ohne erbliche Belastung verlor allmählich die Haare des Scheitels, an derselben Stelle waren die noch übrigen Haare leicht ausziehbar. Der alopicetische Haarboden diente einer grossen Anzahl von gewöhnlichen Fadenpilzen als Stätte.

Die gesammelten Haarausfälle ($^1/_4$ Grm. pro Tag) wurden mit Vaselin gemischt mit einem Pinsel auf die Haut gesunder, wohlbehaarter Thiere gebracht (Kaninchen, Meerschweinchen, weisse Mäuse). Bei beiden Thierarten bildete sich nach einigen Wochen ausgesprochener Haarschwund aus, sodass Handteller grosse Partieen ganz kahl wurden. Mit den Haarausfällen dieser Thiere wurden weiter andere behandelt mit noch eclatanterem Erfolge, so dass ausgedehnte Flächen absolut kahl wurden.

Nachdem so die parasitäre Natur der Erkrankung feststand, wurde durch Durchführung der von Lassar schon länger angewandten Methode Heilung erzielt, insofern als das Ausfallen aufhörte, und die vorher kahlen Stellen sich dichter mit neuen Haaren bedeckten. Die Behandlungsmethode Lassar's besteht in Einseifung der Kopfhaut mit Theerseife, Irrigation, Waschung mit Sublimatlösung (1,0: 500,0), Abtrocknen, Eingiessung einer Naphthollösung (B. Naphthol. 0,5, Spir. dil. 70, Aq. dest. 30,), Uebergiessung mit $1^1/_2$ % Carbolöl.

Finkler.



144. **Dr. A. Tamburini und Dr. G. Sepilli, Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus.** (Deutsch von Dr. M. O. Fränkel, Wiesbaden bei Bergmann.)

Verf. haben eine experimentelle Arbeit an einer Hysterischen angestellt, die in ihrer Jugend an Chorea, Convulsionen, Hemiplegie, später Aphasie und Alalie gelitten hatte, und in der sensiblen wie der motorischen Sphäre viele Abweichungen von der Norm erkennen liess: „Anaesthesie der Haut und Analgesie auf der ganzen linken Körperhälfte, Geruchs- und Geschmacksempfindung fehlen links. Die Sehschärfe des Auges ist verringert, die Motilität linksseitig etwas vermindert. Druckempfindlichkeit in beiden Ovarialgegenden erhöht.“ Das psychische Verhalten war bizarr, excentrisch; hysterische Krämpfe mit Trismus und Opisthotonus. Diese Kranke wurde hypnotisirt und das Verhalten der motorischen wie sensiblen Erregbarkeit durch mechanische Reize, Berührung, Dehnung sowie Fernwirkung der Magneten, Auflegen von Metallplatten, Senfteigen geprüft. Ausser den Beobachtungen der Contraction der Muskulatur des Kopfes und des Gesichts und Stellungseigenthümlichkeiten der Extremitäten, wurde durch Pneumographie die Veränderung der Athembewegungen und durch Sphygmographie die des Herzstosses und Pulses registrirt und hierdurch ein Einblick in diese vom Willen unabhängigen Zustände gewonnen. Es ist nicht möglich hier die einzelnen Beobachtungen über die Erregbarkeit der Muskulatur directer und indirecter Art specieller mitzutheilen und die höchst eigenthümlichen quantitativen und qualitativen Veränderungen der sensiblen Sphäre zu schildern. Von den 16 am Schlusse zusammengefassten Thesen will ich nur folgendes hervorheben. „Die neuromusculären Reizsymptome der Hysteria major kamen sowohl im hypnotischen, wie im wachen Zustande vor und können in beiden Zuständen durch directen mechanischen Reiz (Fingerdruck) oder durch den Magneten auf Distanz zur Erscheinung gebracht werden.“

„Im hypnotischen Zustande äussern sich die motorischen Erscheinungen, lokale wie allgemeine, vorzugsweise auf Application des Magneten.“

„Kaltes Wasser und Eis machen die Applicationsstellen unempfindlich und bewirken, dass die Ueberreizungs-Erscheinungen der betr. Muskeln verschwinden; je länger die Applicationszeit dauert, und je niedriger die Temperatur, desto stärker ist die Wirkung, und desto mehr verbreitet sich letztere über die entsprechende Körperhälfte.“

„Die Respiration wird beim Uebergang vom wachen in den Schlafzustand beschleunigt, tief und unregelmässig, der Herzschlag beschleunigt und stärker. Die Pulsform ändert sich nicht, aber gewöhnlich nimmt er an Höhe zu, und macht sich auf die Pulscurven der Einfluss der Respiration geltend.“

„Der Magnet in Distanz auf die Brust oder Herzgrube gehalten bewirkt im hypnotischen Zustand gewöhnlich unmittelbar einen vorübergehenden Stillstand der Athembewegungen (Apnoe), bisweilen nur eine grössere Weite der Bewegungen. Der Entfernung des Magneten



folgt fast immer Aufhören der Pause und eine starke Inspirationsbewegung, und dieser kräftige und verlängerte Excursionen."

„In der Herzgegend bewirkt der Magnet vermehrte Herzthätigkeit, kräftigeren und grösseren Puls."

Finkler.

---

145. **Prof. Dr. Huguenin, Ueber Neuritis olfactoria.** (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte Nr. 9 u. 10.)

Bereits früher hat H. die Ansicht ausgesprochen, dass Neuritis und Neuroretinitis bei Hirntumoren stets die Folge einer vom Tumor selbst ausgegangenen und langsamen oder schnellen, gewöhnlich allseitig weiterkriechenden entzündlichen Affektion der Pia sei. Dass es eine analoge Neuritis acustica gebe, sei schon von der epidemischen Cerebrospinalmeningitis her bekannt. Auch die Bulbi olfactorii und die davon ablaufenden Nerv. olfactorii könnten in gleicher Weise erkranken. Folge davon sei Abnahme, endlich gänzliches Erlöschen des Geruchs, auch könnten im Verlaufe mannigfache und sehr differente Geruchshallucinationen auftreten. Wenn also im Verlaufe eines chronischen Hirnleidens, dessen allgemeine Symptome diejenigen eines Tumors seien, der Geruch verloren geht (und dieses Ereigniss sei durchaus nicht selten), so dürfe ebensowenig wie beim Opticus allemal ein direkter Tumordruck angeschuldigt werden; der Tumor könne im Gegentheil in weiter Ferne sitzen, wo eine direkte Einwirkung auf Olfactoriafasern einfach nicht möglich sei. Geruchsabnormitäten (doppelseitig) könnten daher zur toxischen Diagnose ebensowenig verwendet werden, wie Amblyopien und Amaurosen mit Neuritis und Neuroretinitis. Dieser Satz wird illustrirt durch Mittheilung der Krankengeschichte und des Obductionsresultats eines Falles von Sarcom des rechten Schläfelappens, welches zur chronischen Meningitis der Basis, und der Plexus geführt hatte; die chronische Entzündung erstreckte sich auch über die ganze Unterfläche des Stirnbeins, sodass der Lobus olfactorius von allen Seiten in das entzündlich verdickte Bindegewebe eingehüllt, beiderseits dünner als normal, der Tractus olfactorius gerade mit der Loupe noch erkennbar, der äussere Riechstreif nach Entfernung der Pia nur mit grosser Mühe noch aufzufinden, die Bulbi olfactorii in hohem Grade atrophisch, kleiner, härter als gewöhnlich, von dickem Bindegewebe eingehüllt sind.

H. theilt sodann noch einen auf der Klinik befindlichen Krankheitsfall mit, bei dem sich neben anderen Erscheinungen totale Atrophie beider Optici, Verlust des Geruchs auf beiden Seiten und hochgradige Herabsetzung des Gehörs auf dem linken Ohre vorfinden. Die Diagnose Tumor des crus cerebelli ad pontem, für welche die übrigen Erscheinungen sprechen, lässt sich in diesem Falle nur auf Grund folgender Betrachtung stellen: Fast alle Hirntumoren machen zu einer Zeit ihres Bestehens eine chronische Entzündung an der Basis, welche die expo-



nirtesten Nerven als Neuritis descendens einhüllt und sie bei einer gewissen Intensität zur Atrophie bringt. Diese chronische Endzündung, welche fortschreitet auf die Oberfläche des Cerebellums und durch die Fissura transversa cerebri auf die Plexus chor. übergeht, welche ferner hineinkriecht durch die offenstehende Unterhornspalte in's Unterhorn, ist auch die Ursache des chronischen Hydrocephalus beim Tumor. Diese gleiche chronische Entzündung kann auf verschiedenen Wegen vorschreiten in den IV. Ventrikel, und eine analoge Meningitis intima kann daselbst die Folge sein, sie kann auch in jener Gegend dem Acusticus entlang nach unten steigen. Es gibt in der That, wie eine Neuritis olfactoria und optica, auch eine Neuritis acustica beim Tumor, welche mannigfache Gehörsstörungen ohne direkten Tumorendruck hervorrufen kann.

Auch für die chronischen Hirnabscesse lassen sich analoge Gesichtspunkte aufstellen, nur ist die basale Meningitis bei dieser Affection viel seltener. Dass ein direkter Tumorendruck auf den Olfactorius nicht auch einmal die Ursache des Geruchs-Verlustes sein könne, will H. mit Vorstehendem nicht gesagt haben.

Ungar.

---

146. **Germain Sée, Des pneumonies infectueuses.** Ueber infectiöse Pneumonien. (L'Union méd. Nr. 76, 77 u. 79.)

Verf. berichtet zunächst über einige von ihm beobachtete kleinere Pneumonien. Er hält die gewöhnliche croupöse Pneumonie für eine locale Entzündung, nicht aber für den localen Ausdruck einer fieberhaften Allgemeinerkrankung. Betreffs der von ihm gegen die gegentheilige Ansicht von Jürgensen, Traube u. A. vorgebrachten Gründe s. das Original. Neben dieser Form gibt es eine zweite, die infectiöse oder toxische Form. Verf. unterscheidet 3 Gruppen: 1. Pneumonie auf Grundlage einer Malariainfection mit intermittirendem Typus, 2. erysipelatöse Pneumonie; unter diesem Namen fasst er die als Pneumonia migrans bezeichnete Form und die im Verlauf eines Gesichtserysipels durch Vordringen des Entzündungsprocesses in Trachea, Bronchien und Alveolen entstehende Pneumonie zusammen und erwähnt den von Kussmaul u. A. betonten Parallelismus zwischen Pneumonie und Erysipel. 3. typhöse Pneumonie. Hierunter versteht er nicht eine Pneumonie mit typhösen Erscheinungen, auch nicht die im weiteren Verlauf des Typhus so häufig eintretende hypostatische Pneumonie, sondern eine Form der Lungenentzündung, die im Beginn oder in den ersten Stadien eines Typhus eintritt, und allein oder hauptsächlich die Localisation des Typhusgiftes darstellt.

Die infectiösen Pneumonien zeichnen sich nach Verf. aus durch ihren asthenischen Charakter: Beginn mit wiederholtem Frostschauer, unregelmässiger Fiebertyphus, Ausgang öfters durch Lysis als durch



Krisis, häufiges Uebergreifen der Entzündung auf andere Organe (parenchymatöse Nephritis, Pleuritis, Peri- und Endocarditis), Milztumor, Icterus, starkes Benommensein des Sensoriums, Prostration etc.

Verf. gibt sodann einen Ueberblick über die bisher beobachteten Epidemien von Pneumonie. Er unterscheidet Gefängniss-, Haus- oder Familien- und Schul- oder Dorfepidemien. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. Er zweifelt nicht an dem Einfluss ungünstiger hygienischer Verhältnisse (mit Zersetzungsstoffen durchtränkter Boden, Kanalgase etc.) auf die Entwickelung solcher Epidemien, doch sind dieselben auch unter hygienisch günstigen Verhältnissen beobachtet worden. Dass ein infectiöser, wahrscheinlich specifischer Krankheitserreger dabei im Spiele ist, nimmt er an, glaubt aber nicht, dass die von Klebs entdeckte Monas pulm. dieser Krankheitserreger ist. Ebensowenig glaubt er an die Möglichkeit einer Uebertragung von Mensch auf Mensch.

Brockhaus (Godesberg).

---

147. **Lancereaux, Les Néphrites.** (L'Union méd. Nr. 64, 68, 70 u. 71.)

L. bespricht zunächst die interstitiellen Nephritiden. Er unterscheidet primäre und secundäre Formen; erstere sind abhängig von Allgemeinerkrankungen des Körpers (Atherose, Gicht), von Intoxicationen (Bleivergiftung) oder sind die Folgen angeborener Enge der Aorta und Artt. renales (Chlorose). Für alle 4 Formen führt er eigene Beobachtungen an, über die das Nähere im Original nachzusehen ist. Symptomatologisch hat die erste Form (Nephritis bei Atherose) mit der 4. (N. bei Chlorose resp. mangelhafter Entwickelung der Aorta) und die 2. (N. bei Gicht) mit der 3. (N. nach Bleivergiftung) viel Aehnlichkeit. Therapeutisch empfiehlt er im Anfangsstadium Jodkali, nachher Ableitung auf Magen, Darm und Haut durch Purgantien, Bäder, Frottirungen etc., verwirft dagegen den von anderer Seite empfohlenen Gebrauch von Digitalis und Opium. Durch Anregung der Secretion von Magen, Darm und Haut glaubt er die Elimination der in Folge der ungenügenden Functionirung der Nieren sich im Blute anhäufenden Producte der regressiven Metamorphose ermöglichen und den Eintritt urämischer Anfälle verhindern zu können. Unter secundärer oder consecutiver interstitieller Nephritis versteht er die Formen von Nierenentzündung resp. Schrumpfung, wie sie durch verhinderten Abfluss des Urins (Prostatahypertrophie, Compression der Ureteren etc.) hervorgerufen wird.

Den interstitiellen Formen der Nephritis, bei denen Bindegewebe und Gefässe die zunächst erkrankten Theile der Nieren sind, stellt er die epithelialen Nephritiden gegenüber, bei denen der Entzündungsprocess zuerst die secernirenden Elemente ergreift. Bei dieser Form

hat er besonders von absoluter Milchdiät gute Erfolge gesehen, während er kein Mittel kennt, welches die Eigenschaft besitzt, beim Durchgang durch die Nieren in günstiger Weise modificirend auf die veränderten Epithelien zu wirken.

Brockhaus (Godesberg).

148. **Dr. Zeroni sen.** (Mannheim), **Ueber acute Nephritis albuminosa.** (Aus dem Verein der Mannheimer Aerzte. Memorabilien. 27. Jahrg. Heft 1 u. 2.)

Es werden 20 Beobachtungen über acute Albuminurie mitgetheilt. Dieselben vertheilen sich ihrer Ursache nach auf 1. 2 Fälle nach Gehirnreiz, 2. 2 nach Störung der Hautausdünstung, 3. 5 nach Verwundung der allgemeinen Hautdecke, durch Einreibung, Verbrühung, Brandwunde, Druckwunde und Schnittwunde mit Erysipel, 4. 6 nach Affection der Rachenorgane und Halsdrüsen, 5. 3 Nachkrankheiten des Scharlachs, der Masern, 6. 1 nach Erysipelas verum, 7. 1 nach Urticaria.

Verf. ist geneigt, sich die Entstehung der Albuminurie und ihrer Begleit-Erscheinungen auf ganz besondere Weise zu erklären, indem er sie als die Folge nervöser Störungen ansieht. Er deducirt folgendermassen: Irgend eine Organ-Erkrankung vermittelt direct oder auf dem Wege des Reflexes einen Reiz auf das Nervencentrum für den Stoffwechsel und das Albumin-Centrum, dessen Vorhandensein „klinisch ausser Zweifel ist, wenn auch der pathologisch-anatomische Nachweis desselben freilich noch im Ausstand bleibt". Dieses Albumin-Centrum liegt in der Medulla oblongata und ist umgeben von einer Anzahl anderer Centren, unter deren Einfluss die wichtigsten Funktionen des Organismus stehen und die sich gegenseitig influiren können. Wenn der Reiz auf das vasomotorische Centrum übergeht, so entstehen Blutstauungen, Hyperaemien der Niere, Oedeme, Transsudate, Diarrhoeen, Schmerzen in der Bauchhöhle, Sehstörungen, Delirien, Sopor, Lähmung. „Die Respirations- und Herzbewegungscentren bewirken die Störungen in der Lungen- und Herz-Action, und für die Convulsionen tritt zuletzt das Krampfcentrum ein".

Verf. sieht die Bestätigung seiner Ansichten in dem oftmals raschen Eintritt des Eiweissharnes nach äusseren Verletzungen, sowie in der von ihm beobachteten Coincidenz von Angina und Albuminurie, auch bei Recidiven der ersteren, „weil von den Rachenorganen aus die Nerven direct zur medulla führten". Uraemische Erscheinungen erklärt sich Verf. so, indem er sagt: Weil die Nieren-Epithelien keinen Harnstoff mehr aufnehmen, sammelt sich dieser im Blut, reizt dann das Albumincentrum derart, dass sofort Blutstauungen, Congestionen, „Entzündungsbewegungen im Central-Nerven-System" erfolgten und somit Uraemie.



Das klinische Symptom dieser Reizung sind die häufiger bei Uraemie zur Beobachtung kommenden Schmerzen im Nacken, Blutentziehungen daselbst sind mit Erfolg angewendet worden.

Bartold.

---

149. **Reliquet, D'anurie calculeuse traitée par l'augmentation de la tension du sang dans les artères du tronc.** Ueber Anurie in Folge von Steinbildung, behandelt durch Verstärkung des Blutdrucks in den Arterien des Rumpfes. (L'Union méd. Nr. 69 u. 70.)

Die Prognose bei completer Anurie in Folge von Verschluss der Ureteren durch Steinbildung ist eine schlechte; von 50 Fällen sah Merklen 41 letal endigen. Die Therapie sucht gewöhnlich durch Ableitung auf die Haut der Nierengegend (Blutentziehungen etc.) die entzündlichen Erscheinungen seitens der Nieren zu mässigen sowie durch Einführung grösserer Mengen von Getränk den Filtrationsdruck in derselben zu erhöhen und die Fortschaffung des den Ureter verschliessenden Steines zu erleichtern. Letzteres Verfahren hat nach R. um so weniger Aussicht auf Erfolg, je mehr die Niere bereits durch Hydronephrose oder Schrumpfung an Functionsfähigkeit eingebüsst hat. In einem näher beschriebenen Falle (s. d. Original) von completer Anurie, in welchem R. vergebens mehrere Tage hindurch die erwähnten Mittel angewendet hatte, machte er auf Bouchard's Rath eine Einwickelung beider Unterextremitäten von den Füssen bis zur Hüfte mit Kautschukbinden, in der Idee, das in denselben circulirende Blut nach dem Rumpf zu drängen und so den Druck in den Nierenarterien zu erhöhen. Zugleich liess er kleine Eiswasserklystiere geben und in Eis gekühltes Getränk in grösster Quantität innerlich nehmen. Diese Einwickelung wurde nur kurze Zeit ertragen, indem sich bald starke Athemnoth, Praecordialangst, Unfähigkeit zu sprechen einstellte, so dass die Binden entfernt werden mussten. (3 Stunden nach der Einwirknng trat reichliche Urinentleerung ein; der Nachweis von Nierensteinen verschiedener Grösse und Form in diesem und dem an den folgenden Tagen entleerten Urin bestätigte die Diagnose. In einem zweiten Fall von completer Harnverhaltung in Folge von Nierensteinbildung wurde die Einwickelung in 24 Stunden 4 mal ausgeführt; jedesmal traten nach kurzer Zeit die erwähnten Symptome ein. Nach der 3. Einwickelung entleerte sich eine geringe Menge Urin; der Kranke starb indess am nächsten Tage.

R. giebt zu, dass dieses Verfahren die Gefahr einer Ruptur eines grösseren Blutgefässes, besonders wenn atheromatöse Entartung vorliegt, in sich schliesst, glaubt aber trotzdem, seine Anwendung bei der so ungünstigen Prognose der in Rede stehenden Affection empfehlen zu dürfen. Die drei ersten von ihm beobachteten einschlägigen Fälle, bei denen er diese Einwickelungen noch nicht kannte und anwendete, verliefen sämmtlich letal.

Brockhaus (Godesberg).



150. **Revilliod, Deux cas de kistes échinocoques suppurés du foie. Traitement par le siphon ambulant. Fonction désassimilatrice du foie.** Zwei Fälle von vereiterten Echinococcuscysten der Leber. Behandlung mit einem tragbaren Heber. Desassimilirende Thätigkeit der Leber. (Rev. méd. de la Suisse Rom. Heft 5.)

Fall 1 betrifft eine 34jähr. Frau, bei welcher sich die ersten Symptome einer Lebererkrankung vor 6 Jahren gezeigt hatten. Bei ihrer Aufnahme ins Hospital bestand hochgradiger Icterus, Fieber, hartnäckiges Erbrechen, Prostration. In der Lebergegend eine eiförmige, undeutliche Fluctuation zeigende Geschwulst von 15 cm Länge und 10 cm Breite. An die Geschwulst schliesst sich nach oben eine Dämpfungszone, welche vorn bis zur 3. Rippe, hinten bis ein Finger breit unter das Schulterblatt reicht. Am 6. Tage nach der Aufnahme Punction der Geschwulst, bei der sich nur einige Tropfen Blut entleerten. Die sich selbst überlassene Punctionsnadel zeigte spiralförmige Bewegungen, als wenn sie in einem Darmstück stecke. Die Diagnose wurde daher auf eine, durch entzündliche Verwachsungen mit der Umgebung immobilisirte Hernia epigastrica gestellt. Die an die Geschwulst angrenzende Dämpfungszone wurde als durch einen Flüssigkeitserguss ober- oder unterhalb des Diaphragma bedingt angesehen. Eine im 7. Intercostalraum vorgenommene Punction entleerte ca. 100 gr. einer dunkelbraunen Flüssigkeit, in der Blutkörperchen, Eiter, nadelförmige Krystalle, Bacterien, aber keine Hakenkränze nachgewiesen wurden. 6 Tage später Tod. Die Autopsie ergab eine Echinococcuscyste von ungefähr Mannskopfgrösse, die einen grossen Theil der Leber einnahm und nach oben perforirt war. Dadurch hatte sich eine rechts durch das Lig. suspens., links durch peritonitische Schwarten abgegrenzte Flüssigkeitsansammlung zwischen Leberoberfläche und Diaphragma, letzteres bis zur 3. Rippe in die Höhe drängend, gebildet. Zahlreiche peritonitische Adhaesionen zwischen der Leber und den Nachbarorganen. Der von der Geschwulst nicht eingenommene Theil der Leber durchsetzt mit kleinen, dem Verlauf der Gallengänge folgenden Abscessen. Fall 2 betrifft einen Mann von 37 Jahren, der die ersten Anfänge seines Leidens drei Jahre zurückdatirte. Bei der Aufnahme ins Hospital war der Kräftezustand und das Allgemeinbefinden ein gutes; es bestand Icterus mässigen Grades. Die Lebergegend war durch eine, in der Tiefe Fluctuation zeigende Geschwulst stark vorgewölbt. Kein Hydatidenschwirren. Der Höhendurchmesser der Geschwulst in der rechten Mamillarlinie 27 cm. Druck auf die Geschwulst verursachte keine Schmerzen. Durch Punction wurden 750 gr einer braunen, opaken Flüssigkeit entleert, in der zahlreiche Hydatidenmembranen schwammen. Die mikroscopische Untersuchung ergab die Gegenwart der charakteristischen Hakenkränze. Die Punktion musste, da die Geschwulst rasch wieder zunahm, im Laufe eines Monats 4 mal wiederholt werden. Nach der letzten Punktion wurde eine schwache Jodlösung eingespritzt. Da auch dies ohne dauernden Erfolg blieb und der Kräftezustand des Kranken sich verschlechterte, wurde nach der 5. Punktion die Oeffnung durch Laminaria erweitert, eine Kautschukröhre eingelegt, und



die Höhle durch eine leichte Carbollösung ausgespült. Das Ende der Röhre tauchte in eine, am Fussende des Bettes aufgestellte Schale. Als der Kranke aufstehen konnte, wurde das Röhrenende mit einer in der Tasche zu tragenden Flasche verbunden. Die Verkleinerung der Cyste ging jetzt rasch vor sich, so dass die Röhre nach 6 Wochen entfernt werden konnte. Nach 3 Monaten bestand noch ein 8 cm tiefer, nur für eine Sonde durchgängiger Fistelgang.

R. benutzte den vorliegenden Fall, um die Behauptung von Murchisson, Charcot u. A., dass die Leber bei der Bildung des Harnstoffs eine Hauptrolle spiele, auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Eine beigegebene Kurve der täglichen Harnstoffausscheidung gibt die Resultate seiner Untersuchungen. Aus derselben geht hervor, dass „jede Punktion von einer Vermehrung der Harnstoffausscheidung gefolgt ist und zwar ist dieselbe um so grösser, je grösser die Quantität der durch den Troicart entleerten Flüssigkeit ist". R. glaubt, dass durch die jedesmalige Entleerung des Cysteninhalts die Leber von dem auf ihr lastenden Druck befreit, die Circulation von Blut und Galle und damit die functionelle Thätigkeit der Leber erleichtert wird. Da nun nach jeder Punction die Harnstoffausscheidung bedeutend stieg, so zweifelt R. nicht an der Richtigkeit der Murchisson'schen Theorie.

Brockhaus (Godesberg).

---

151. **Dr. R. Hausmann** (Meran), **Zur Therapie mittelst Inhalations-Respirators.**

Verf. hat einen sehr einfachen Inhalations-Respirator construirt, welcher vor anderen Vortheil darin biete, dass er ein geringes Gewicht hat und seiner Form wegen auch auf der Strasse getragen werden kann. Als Medicamente zur Inhalation hat Verf. benuzt 1. gereinigten Holztheer, 2. Unguentum picis (2 : 4), 3. Carbolsäure 5, 8, 10 %, 4. Terpentinöl; alle diese Medicamente in die Kapsel gebracht. Dauer der Anwendung täglich vier bis fünf Stunden. Sowohl für die Behandlung der Phthise als der Bronchiectasie wird von der Anwendung der Carbolsäure, der Theerpräparate und des Terpentins günstige Beeinflussung des Auswurfs berichtet.

Finkler.

---

152. **Gingeot, Considérations sur un cas de rage humain traité par le hoàng nàn.** Bemerkungen über einen, mit Hoàng Nàn behandelten Fall von Lyssa. (L'Un. méd. No. 44.)

G. behandelte einen Fall von Lyssa in der im Orient gebräuchlichen Weise mit Hoàng-Nàn in Pillenform (in jeder Pille 1 cgr des



pulverisirten Mittels). Da die Pillen ausgebrochen wurden, versuchte er subcutane Injectionen einer 10% Lösung des Pulvers, doch war der Collaps schon zu weit vorgeschritten und nach der zweiten Injection starb der Kranke. Dieser Misserfolg darf nach G. nicht vor weiteren Versuchen abschrecken, da das Mittel, welches nicht direkt beschafft werden konnte, überhaupt erst in einem spätern Stadium der Krankheit und dann anfangs in der sehr unzweckmässigen Pillenform angewandt wurde. G. empfiehlt, wässerige, 10% Lösungen des Extractes möglichst frühzeitig zu injiciren, und die Injectionen in kurzen Zwischenpausen zu wiederholen, bis allgemeines Uebelbefinden und clonische Krämpfe der Kaumuskeln eintreten.

Brockhaus (Godesberg).

---

153. **Prof. A. Cantani, Versuche mit Schwefelwassertoff bei Tuberculose.** (Centralbl. f. d. med. Wiss. 1882. No. 16.)

Unter der Reihe von Desinfectionsmitteln, welche gegen Tuberculose auf Verf.'s Klinik in Anwendung gebracht worden sind, befindet sich auch der Schwefelwasserstoff, welcher den tuberculösen Kranken zum Theil innerlich als Schwefelwasserstoffwasser, hauptsächlich aber auf dem Wege der Inhalation beigebracht wird. Die bisherigen Resultate muntern zur Fortsetzung auf. Der Schwefelwasserstoff wird von den Kranken gut ertragen. Die bis jetzt auf diese Art behandelten Kranken sind gewöhnlich nach einigen Tagen fieberfrei geworden. Der locale Process hat während der Behandlung augenscheinlich nicht zugenommen, der Auswurf wird geringer.

Kopp.

---

154. **Dr. Fr. Ziehl, Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme mit gleichzeitiger Erkrankung der Mundschleimhaut.** (Aus der med. Klinik in Heidelberg. D. med. Wochenschrift 1882. Nr. 24.)

Die Erkrankung verlief in drei Stadien, 1. Stadium der Prodrome mit intermittirendem Fieber, Schmerzen in Fussgelenken und im Halse, 2. Stadium der Eruption und Acme dreitägige Dauer, 3. Stadium der Defervescenz mit lytischem Charakter. Die Ursache wird auf Infection bezogen. Von besonderem Interesse ist die Betheiligung der Mundschleimhaut. Dieselbe ist abgesehen von der Angina von grosser



Mannichfaltigkeit ebenso wie die Form des Exanthems der äusseren Haut. Einfache hyperämische Flecken, kleine Haemorrhagieen, kleine Knötchen und grosse Knoten.

Anschliessend liefert Ziehl eine kritische Uebersicht der beschriebenen einschlägigen Fälle.

Finkler.

---

155. **Dr. Valentiner** (Ober-Salzbrunn), **Ueber die Ausscheidung kleiner alter Exsudatreste durch Cutis und Epidermis in Form von Hautentzündungen und local begrenzten Exanthemen.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1882. Nr. 24.)

Verf. bringt die Entzündungen und Furunkelbildung oberhalb vorher erkrankter tieferer Fartieen mit diesen in Zusammenhang. Er führt Krankengeschichten an, bei denen Perityphlitis, Otitis media, Pleuritis, retropharyngeale Entzündung, Entzündungen im alveolus Furunkulose und Exantheme der darüber liegenden Haut nach sich zogen und ist geneigt, aus solchen entleerte Pröpfe direct von der ursächlichen Erkrankung abzuleiten, indem gewissermassen durch willkührliche Massage, Puls etc. solche Producte nach aussen geliefert werden.

Finkler.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 12. Sonnabend, den 1. Juli. 1882.

156. **Ludwig Lemmer.** Über den Werth der animalen Vaccine im Vergleich zur humanisirten, mit besonderer Berücksichtigung des Pissin'schen Verfahrens. Eine kritische Studie.

(Eulenberg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen Bd. 36. Hft. 2. p. 272—293.)

Verf. spricht sich aus den bekannten Gründen für die allgemeine Einführung der animalen Lymphe aus. Er schlägt die Errichtung großer Centralinstitute für Beschaffung der Lymphe vor, deren im deutschen Reich etwa 12—13 nöthig sein würden. Die Baulichkeiten, Beamtengehälter, Leih- und Futterkosten für 400 Kälber etc. würden für jede Anstalt 30 000 Mark, im ganzen Reich also 360 000 Mark erfordern, welche Belastung des Reichsbudget Verf. nicht für eine zu hohe für den guten Zweck hält. Geimpft soll nur im Frühjahr und Herbst werden, da im hohen Sommer die Lymphe leichtem Verderben ausgesetzt ist. Um vollständige Sicherheit gegen Übertragung etwaiger Thierkrankheiten zu gewähren, sollen zur Im-



pfung nur Schlachtthiere verwendet und mit der gewonnenen Lymphe erst dann Menschen geimpft werden, wenn sich nach dem Schlachten der Thiere ihre vollständige Gesundheit herausgestellt hat.

Verf. zieht den zahlreichen von ihm angeführten Methoden der Kälberimpfung und Lymphabgabe die Pissin'sche vor, welche annähernd gleich sichere Resultate, wie die Impfung mit humanisirter Lymphe erziele. Die Methode ist folgende: P. schabt die Pustelmasse von ihrer Basis ab, streicht sie in ein Uhrschälchen, das auf 8 bis 10 Pocken 6 Tropfen Glycerin und 6 Tropfen $^1/_2$%iges Salicylwasser enthält, mischt gut, lässt einige Stunden stehen und füllt dann den klaren Glycerinauszug auf verschieden große Kapillaren. Verf. empfiehlt aus praktischen Gründen die Verwendung reinen Glycerins ohne Wasser zur Auflösung der Lymphe.

Die mit dieser Lymphe erzielten Erfolge werden durch Tabellen veranschaulicht: Pissin erzielte selbst oder unter seiner Aufsicht gemachte Impfungen 98% Erfolge bei Erstimpfungen, 97,3% bei Revaccinationen; andere Ärzte, welche, wie vorausgesetzt wird, nicht die strikte Technik in der Gewalt hatten oder mit nicht mehr ganz frischer Lymphe impften, 86,8% resp. 59,3%. Verf. resümirt den Inhalt seiner Arbeit mit folgenden Worten: er findet erwiesen, dass die humanisirte Vaccine der animalen nur in einem Punkte überlegen ist, sie bewahrt ihre volle Wirksamkeit länger, aber auch die animale, speciell der Pissin'sche Glycerinauszug, leistet schon heute wirklich das, was praktisch verlangt werden muss. In allem Anderen ist die animale Vaccine gleichwerthig oder überlegen; vor Allem kann nur sie eine gute Administration des Impfgeschäfts ermöglichen und vollkommen Garantie gewähren gegen jede Impfschädigung durch die Lymphe. Die immer gerühmte größere Billigkeit der humanisirten Lymphe hält der Kritik nicht Stand. Die Schutzkraft der Impfung gegen Variola nach Zeitdauer und Umfang, so wie nach ihrer Abhängigkeit von der Art der verwendeten Lymphe ist ein ungelöstes Problem; zur Entscheidung bedarf es einer gründlichen mit der Organisation des ärztlichen Standes und der öffentlichen Gesundheitspflege verbundenen Reform der Statistik und des Experiments.

Leo (Bonn).

---

157. **Baelz** (Tokio). Über das Verhältnis der multiplen peripherischen Neuritis zur Beriberi (Panneuritis endemica).

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. IV. p. 616.)

B. sucht an der Hand einer großen Anzahl von Beobachtungen, die er in Japan zu machen Gelegenheit hatte, nachzuweisen, dass das scharf umschriebene Krankheitsbild, das durch Erkrankung zahlreicher peripherischer Nerven charakterisirt ist und in letzter Zeit allgemein die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gelenkt hat, identisch sei mit dem in manchen Ländern endemischen und zur



Landplage gewordenen Beriberi (dem Kukke der Japaner) und nur sporadische Beispiele dieser Krankheit darstelle. B. definirt die Kukke als miasmatische der Malaria nahestehende Infektionskrankheit mit Lokalisation in den peripherischen Nerven. Ihrer Natur nach ist diese Nervenaffektion eine echte Neuritis mit Degeneration der Fasern, analog derjenigen, wie man sie bei peripheren Lähmungen findet.

Die Symptome weisen hin auf ein gleichmäßiges Ergriffensein der motorischen, sensibeln und der Gefäßnerven, Affektion der Gehirnnerven bei gleichzeitigem Intaktbleiben der eigentlichen Hirnthätigkeit; Freibleiben der Blase und des Mastdarms, bei stärkster Lähmung und Atrophie der Extremitäten. Die Sehnenreflexe fehlen, elektrisches Verhalten entspricht dem bei peripheren Lähmungen. Die pathologisch-histologische Untersuchung hat die Ansicht gerechtfertigt, dass die peripheren Nerven Sitz dieser Krankheit sind.

B. schlägt für diese Krankheit die Bezeichnung Panneuritis endemica vor, oder auch Neuritis multiplex endemica. Auffallend ist, dass diese in Indien und Japan endemische Krankheit in Europa nur ganz vereinzelt beobachtet wird; eben so auffallend, dass sich die Europäer in Japan einer unerklärlichen Immunität gegen Beriberi erfreuen, während die Japaner die Disposition dazu überall hin mitnehmen. Ob und welchen Einfluss in Europa die klimatischen Verhältnisse auf die entsprechende Krankheit haben, ist bis jetzt noch nicht hinlänglich studirt. **Engesser** (Freiburg i/B.).

---

158. **P. J. Möbius.** Über die primären chronischen Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates.

Leipzig, 1882.

Die als progressive Muskelatrophie, hereditäre Atrophie, Pseudohypertrophia muscularis, progressive amyotrophische Bulbärparalyse, amyotrophische Lateralsklerose bekannten Krankheiten bilden nach Verf. eine nosologische Gruppe, deren Glieder gemeinsame anatomische und klinische Merkmale tragen und durch Übergangsformen aufs engste verknüpft seien. Sie seien sämmtlich primäre chronische Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates, Systemerkrankungen, und seien nur dadurch unterschieden, dass bei den verschiedenen Erkrankungsformen verschieden große Abschnitte des motorischen Hauptsystems erkrankt seien. Alle diese Erkrankungen — progressive Muskelatrophie im weiteren Sinne — bringt Verf. in folgendes Schema:

1) Atonische progressive Muskelatrophie. a) Einfache oder periphere Form (Degeneration der Muskeln eventuell der Nerven): α) einfache progressive Muskelatrophie der Erwachsenen, β) hereditäre progressive Muskelatrophie mit oder ohne Lipomatose. b) Centrale Form (Degeneration der Muskeln, Nerven, der vorderen grauen Substanz und eventuell der Pyramidenbahnen): α) spinale Form, β) bulbäre Form, γ) bulbospinale Form.



2) Spastische progressive Muskelatrophie (Degeneration der Muskeln, Nerven, der vorderen grauen Substanz und der Pyramidenbahnen), a) spinale Form, b) bulbospinale Form.

Anatomisch bestehe der Unterschied dieser Erkrankungen unter einander nur in der Grenze ihrer Ausbreitung, dagegen nicht in der Qualität des pathologischen Processes noch in der Art seiner Ausbreitung. Stets handele es sich um degenerative Atrophie, und immer zweifelloser werde es, dass eine Trennung zwischen einfacher Atrophie, fettiger Atrophie und Sklerose willkürlich sei. Systematisch im strengsten Sinne seien sie vielleicht nicht, denn in der Regel lägen Mischformen systematischer und asystematischer Degeneration vor. Die Läsionen seien ferner symmetrische. Die Ausbreitungsweise des Processes anlangend, so sei in der Erkrankung der einzelnen homologen Systeme keine bestimmte Folge zu erkennen, und weiter erscheine es am natürlichsten anzunehmen, dass die erkrankten Abschnitte in toto degeneriren, dass die einzelnen Theile des Systems in gleichwerthiger Weise erkranken. Der Unterschied zwischen den einzelnen Erkrankungsformen bestehe nur in der Grenze der Ausbreitung des Processes: derselbe breite sich immer von unten nach oben hin aus (nur anatomisch, nicht im Sinne der Bewegung), so dass der unterste Abschnitt des Systems, die Muskeln, stets erkrankt gefunden würden, dagegen primäre Degeneration, welche sich auf die cerebralen oder spinalen Bahnen beschränkten, nicht vorkämen.

Klinisch bestehe die Übereinstimmung zunächst darin, dass das dominirende Symptom die Muskelatrophie sei, und dieselbe habe überall denselben Charakter. Ferner sei die elektrische Reaktion überall dieselbe: die faradische Erregbarkeit der kranken Muskeln sei erhalten und werde nur in dem Maße geringer, als der Querschnitt des Muskels sich durch die Atrophie verkleinere; die galvanische Reaktion sei in der Regel normal, doch kämen qualitative Änderungen vor und zwar wieder in gleicher Weise bei allen Formen der progressiven Muskelatrophie. Alle Formen haben ferner einen progressiven Verlauf, der unaufhörlich bis zum Tode des kranken Individuums fortschreite. Die Poliomyelitis gehöre nicht hierher, sie werde durch den Charakter der Atrophie und des Verlaufs scharf abgetrennt.

Lüderitz (Berlin).

---

159. **Emile Demange.** Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques. Ausfallen der Zähne und gastrische und laryngeale Krisen bei Atactischen.

(Revue de méd. 1882. No. 3.)

Bei 2 männlichen Tabetischen — mit hochgradiger Ataxie, heftigen lancinirenden Schmerzen, ausgedehnter Anästhesie, in dem einen Fall zugleich mit gastrischen und laryngealen Krisen — beobachtete D. ein Ausfallen der Zähne ohne Caries und ohne Schmer-



zen als Symptom der Tabes. In dem einen Falle waren im Laufe von 2 Monaten sämmtliche Zähne des Oberkiefers ausgefallen, Pat. hatte nur zeitweise im Gesicht geringe blitzartige Schmerzen gehabt. Zugleich bestand komplete Anästhesie und Analgesie am ganzen Gesicht mit Ausnahme der Kinngegend, an beiden Konjunktiven, der Nasen- und größtentheils auch der Mundschleimheit. Bei der Autopsie fanden sich, außer dem gewöhnlichen Befund am Rückenmark, entsprechende Veränderungen an den Med. obl.: die Kerne des Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius, der Kern der Corpora restiformia. die Substantia gelatinosa Rolandi, die aufsteigende Wurzel des Trigeminus, die Corpora restiformia, der graue Boden des 4. Ventrikels sklerosirt, beide Nn. trigemini an der Hirnbasis nahe dem Pons ebenfalls sklerosirt und ein großer Theil ihrer Nervenfasern geschwunden. Im zweiten Falle fielen dem Pat. binnen eines Monats ohne irgend welche Schmerzen sämmtliche Zähne der linken Hälfte des Oberkiefers aus. Im ganzen Bereich des linken N. trigeminus, an der Haut und den Schleimhäuten, bestand Anästhesie für Berührung und hochgradige Analgesie. Die Autopsie ergab, abgesehen von der Spinalaffektion: Beide Nn. trigemini, besonders der linke mit dem entsprechenden Ganglion Gasseri, an ihrer Austrittsstelle neben dem Pons atrophisch; im Zusammenhang mit der Hinterstrangsklerose dieselbe Veränderung am Boden des 4. Ventrikels; besonders im Niveau der Kerne der Corp. restiformia, der Substantia gelatinosa Rolandi und der aufsteigenden Trigeminuswurzel ausgeprägte Sklerose, die Nervenzellen daselbst stark verkleinert.

Lüderitz (Berlin).

---

160. J. Parrot. De la dislocation des os du crâne dans la méningite chez les enfants. Über die Dislokation der Schädelknochen bei der Meningitis der Kinder.

(Revue de méd. 1882. No. 2.)

In zwei Fällen von tuberkulöser Meningitis, welche bei Kindern von 8 Monaten bez. von 2 und 3 Jahren rapid innerhalb 24 Stunden bis 8 Tagen zum Tode geführt hatte, ergab die Sektion außer erheblichem meningealen Exsudat mit Abplattung der Hirnwindungen ein Klaffen der Schädelnähte. In dem einen Falle fand sich zugleich ziemlich beträchtlicher Hydrocephalus externus und internus. Ergriffen waren die Sutura coronalis, sagittalis, lambdoidea, besonders die beiden ersteren, und es betrug die Entfernung der Knochenränder stellenweise mehr als 3 mm. Die Lücken waren mit blutiger Flüssigkeit ausgefüllt.

Die Ursache dieser Erscheinung ist in mehreren Momenten zu suchen. Erstens ist wichtig die theils vom Exsudat, theils von der entzündlichen Infiltration der Nervensubstanz, in dem einen Falle auch von der Hydrocephalie herrührende Gewichtszunahme des Gehirns; Verf. fand das Gehirn der drei Kinder um 78—110 g schwerer



als das gesunde Gehirn von drei anderen gleichaltrigen Kindern. Zweitens ist die Raschheit der Entwickelung zu betonen. Endlich ist das Alter von Wichtigkeit: Die Suturen sind nicht mehr, wie bei Neugebornen, von einer dehnbaren Membran ausgefüllt und setzen andrerseits auch nicht den Widerstand wie der Schädel eines Erwachsenen entgegen. **Lüderitz** (Berlin).

---

161. **J. Déjérine.** Sur une forme particulière et curable de myelite centrale diffuse chronique. Über eine besondere heilbare Form von centraler Myelitis.

(Revue de méd. 1882. No. 4.)

D. theilt folgende Fälle mit:

1) Bei einem 56jährigen, bisher stets gesunden und auch hereditär nicht belasteten, Hausknecht entstand ohne bekannte Ursache ganz allmählich im Laufe von 9 Monaten eine hochgradige Schwäche und starke Abmagerung sämmtlicher Körpermuskeln, das Gesicht ausgenommen. Am meisten ergriffen war der linke Arm, an den Beinen der linke Oberschenkel etwas mehr als der rechte. Pat. konnte nur mit großer Mühe sich aufrichten, er ging breitbeinig, langsam und schleifend, die Bewegungen der Arme waren äußerst unvollkommen. Die Atrophie war ziemlich gleichmäßig, so dass abnorme Stellungen der Glieder fehlten. Die Lähmung war stärker, als der Atrophie entsprach. Bei Bewegungen, aktiven oder passiven, entstanden Kontrakturen, häufig auch Tremor so wie fibrilläre und fascikuläre Muskelzuckungen; Sehnenreflexe und mechanische Muskelerregbarkeit waren beträchtlich gesteigert. Faradische Kontraktilität minimal herabgesetzt, galvanische unversehrt, elektrische Muskelsensibilität stark vermindert. Gleichzeitig zeigte sich die Sensibilität für Tast-, Druck- und Kitzelempfindungen überall, mit Ausnahme des Kopfes, erloschen; schmerzhafte Eindrücke wurden nur als Berührungen und erst nach einigen Sekunden gefühlt, übrigens gut lokalisirt; Temperatureindrücke dagegen wurden richtig erkannt. Hautreflexe erloschen. Keine Spur von Ataxie. Sphinkterenthätigkeit ungestört. An der Haut, außer einer beim Bloßlegen leicht auftretenden bläulichen Verfärbung, nichts Abnormes. Die übrigen Organe gesund. Dieser Zustand blieb 6 Monate unverändert, dann trat, ohne dass der in der Darreichung von Jodkalium und täglicher Faradisirung der Muskeln bestehenden Behandlung irgend ein Einfluss vindicirt werden konnte, äußerst langsam ein allmählicher Rückgang der Symptome ein. Ziemlich gleichmäßig schwanden im Verlauf von 11 Monaten alle abnormen Erscheinungen, und Pat. konnte — nach einer Krankheitsdauer von 30 Monaten — mit kräftiger Muskulatur, ganz wiederhergestellter Körperkraft und Sensibilität, völlig gesund entlassen werden.



Der 2. Fall betraf einen 43jährigen Steinmetz, bei welchem die Anamnese ebenfalls gar keine ätiologischen Anhaltspunkte ergab. Die Krankheit begann mit Formikationen und Taubheitsgefühl in sämmtlichen Fingern, welche Empfindungen stärker wurden und sich an den Armen aufwärts immer weiter ausbreiteten, zugleich mit zunehmender Schwäche der Arme und Steifigkeit derselben nach Bewegungen. $2^1/_2$ Monate später erkrankten in ähnlicher Weise die Beine. 4 Monate nach Beginn der Krankheit ergab die Untersuchung des noch ziemlich kräftig aussehenden Mannes: Mäßige aber deutliche und ziemlich gleichmäßig verbreitete Atrophie der Muskeln beider Arme, undeutliche an den Beinen. Motorische Kraft an Armen und Beinen, besonders an ersteren, ziemlich erheblich herabgesetzt, viel stärker alterirt, als dem Grade der Abmagerung entsprach. Auch die Rumpfmuskulatur deutlich schwächer als normal. Ganz breitbeinig. Nach mäßiger Muskelanstrengung bereits starke Ermüdung, dazu Steifigkeit, fibrilläre und fascikuläre Muskelzuckungen. Mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Sehnenreflexe gesteigert. Faradische Kontraktilität normal in fast allen kranken Muskeln, nur in einigen leicht vermindert, galvanische normal. Elektrische Sensibilität der Muskeln stark vermindert. Die Empfindung von Tast- und Temperatureindrücken an den Händen erloschen, weiter aufwärts weniger alterirt, von den Ellbogen ab normal. Dessgleichen erloschen an den Füßen und Oberschenkeln, weniger alterirt an den Unterschenkeln. Auch die Schmerzempfindlichkeit war entsprechend gestört. Hautreflexe von der Planta aus fehlten. An den übrigen Organen nichts Abnormes. Die Therapie bestand auch hier in täglicher Faradisirung der kranken Muskeln. 2 Monate blieb der beschriebene Zustand stationär, dann trat wie im 1. Falle, ganz allmähliche Besserung ein, welche in 4 Monaten — nach einer Krankheitsdauer von 10 Monaten — zu völliger Restitutio in integrum führte.

In beiden Fällen lautete die Anfangs gestellte Diagnose auf eine das Rückenmark im ganzen Verlauf betreffende Myelitis centralis diffusa chronica, welche in den Vorderhörnern (Atrophie), den Pyramidenbahnen (relativ starke Lähmung im Vergleich zur Atrophie, Kontrakturen, Reflexzittern, erhöhte Sehnenreflexe) und der grauen periependymären Substanz (Sensibilitätsstörung) lokalisirt sein sollte. Da jedoch der Verlauf ganz wider Erwarten zur Besserung und völligen Heilung führte, hält Verf. die Diagnose einer mit dem gewöhnlichen pathologisch-anatomischen Befunde gedachten Myelitis nicht mehr aufrecht, während die Betreffs der Lokalisation gemachte Annahme natürlich dieselbe bliebe. Verf. vergleicht das in den beiden Fällen geschilderte Krankheitsbild mit den bisher bekannten, von den Autoren beschriebenen Affektionen und sieht es als eine neue, pathologisch-anatomisch noch unklare, Myelitis-Form an.

Lüderitz (Berlin).



162. A. Vulpian. Observations de tabes avec phénomènes epileptiformes pendant les premières périodes de l'affection. Beobachtungen über Tabes mit epileptiformen Erscheinungen in den ersten Perioden.

(Revue de méd. 1882. No. 2.)

Verf. theilt als Tabes dorsalis einen durch mehrere Jahre beobachteten Krankheitsfall mit, bei welchem die für Tabes typischen Symptome erst am Ende dieser Zeit, nachdem eine Reihe anderer sehr auffälliger Erscheinungen dagewesen waren, in den Vordergrund traten. Das Wichtigste der sehr ausgedehnten Krankengeschichte ist Folgendes.

Der Fall betraf einen 27jährigen Mann, bei dem außer einer Sehstörung auf dem linken Auge die in Folge eines Traumas seit dem 10. Jahre bestand, anamnestisch nur bemerkenswerth war, dass er seit 9 Jahren etwa alle 2 Monte an einer 3- bis 4tägigen Diarrhoe litt. Sonst war er stets gesund und kräftig gewesen bis zu der im April 1879 beginnenden Krankheit, die ihn im Oktober desselben Jahres der klinischen Beobachtung zuführte.

In den ersten Jahren der Krankheit traten Symptome in den Vordergrund, welche die Diagnose auf Tabes sehr zweifelhaft machten. Nämlich:

1) Beginn der Krankheit April 1879 mit kurzdauerndem Bewusstseinsverlust. Im folgenden Mai kurzdauernde (5 Minuten) Lähmung der rechten Gesichtshälfte und der Zunge, ohne Schwindel. November 1879 wiederum Verlust des Bewusstseins, seitdem sehr häufige mit Röthung des Gesichts einhergehende Kopfschmerzen. Ende November Bewusstlosigkeit mit sensibler Aura (Kribbeln in den Extremitäten) und Strangulationsgefühl. December 1879 Bewusstseinsverlust mit Konvulsionen und rechtsseitiger Hemiplegie, die in 8 bis 10 Tagen zurückging. März 1880 noch einmal leichter Bewusstseinsverlust; seitdem blieb Pat. frei davon, auch die Kopfschmerzen hörten auf.

2) Vom März bis November 1881 häufige konvulsivische Hustenanfälle mit Strangulationsgefühl, starker Röthung des Gesichts, großer Hinfälligkeit, mitunter folgendem Erbrechen (Crises laryngées). Diese Anfälle Anfangs in Intervallen von einigen Tagen, im Juni und Juli täglich und öfter.

3) Im Januar 1881 mehrere Wochen hindurch Crises gastriques, besonders charakterisirt durch Erbrechen. Die erwähnte Diarrhoe wurde seltener.

4) Bei der Aufnahme des Kranken deutliche motorische Schwäche ohne eigentliche Ataxie. Allmählich trat diese Schwäche besonders stark in einigen Muskelgebieten, speciell den Adduktoren beider Oberschenkel, hervor. Lokale Faradisirung brachte eine Zeit lang erhebliche Besserung. Daneben zunehmendes Zittern der Arme und noch mehr der Beine bei Bewegungen. Später bedeutende



Kontrakturen an beiden Beinen, besonders an den Zehen und Füßen, wie bei Lateralsklerose.

5) Temporäre vasomotorische Störungen: das rechte Bein häufig röther gefärbt als das linke.

6) Schmerzen in den Knien und Hüften, nachweisbaren Hydarthros in den Kniegelenken und deutliches Krachen bei Bewegungen.

Andere Symptome jedoch als die genannten und besonders der Gang der Affektion wiesen auf eine Sklerose der Hinterstränge hin. Gleichzeitig nämlich mit den genannten Symptomen, welche im weiteren Verlauf wieder verschwanden, zeigte Pat. seit Beginn der Beobachtung ein Fehlen der Patellarreflexe, erloschenen Geschlechtssinn, häufige Gürtelschmerzen, Herabsetzung der Sensibilität für Tast- und Schmerzempfindungen an den Beinen, weniger an den Armen. Dazu kamen später blitzartig in die Beine schießende Schmerzen, so wie deutliche Ataxie. Status Ende 1881: große Schwäche der Beine, geringere der Arme. Nur selten leichte Kontrakturen der Beine. Gehen unmöglich. Im Bett leidliche Beweglichkeit der Beine, aber mit dem Charakter typischer Ataxie. Keine Schmerzen. Urinexkretion erschwert. Diarrhoe seltener als früher. Keine laryngealen und gastrischen Krisen.

Lüderitz (Berlin).

---

163. **Oscar Silbermann** (Breslau). Zur Lehre vom Asthma dyspepticum der Kinder.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 23.)

Verf. veröffentlicht 3 Fälle von Asthma dyspepticum im kindlichen Alter. In Fall I handelt es sich um ein kräftig entwickeltes Kind von 13 Monaten, das eine jagende dyspnoetische Respiration (70 in der Minute) zeigte, und stark cyanotisch war. Puls 160, fadenförmig; äußerster Kollaps. Die Untersuchung der Brust und Bauchorgane ergab fast normale Verhältnisse, für die bedrohlichen Erscheinungen ließen sich keine positiven Anhaltspunkte gewinnen. Gegen Morgen des folgenden Tages erbrach das Kind heftig, die jagende Respiration hörte damit auf, fiel auf 28 in der Minute, die Cyanose verschwand, und in 2 Tagen war das Kind vollständig gesund.

Fall II betrifft ein 6monatliches Kind. Das Kind hat ein weiches Ei gegessen, sich eine Indigestion dadurch zugezogen, sehr unruhig geschlafen, schwer geathmet, und gegen Morgen gebrochen. Das Kind ist im Gesicht stark cyanotisch, athmet sehr frequent (60 pr. M.), und hat 120 Pulse in der Minute. Brust und Unterleibsorgane sind völlig normal. Als Excitans wird Camph. mit Benzoe, gegen das Erbrechen Bromkali mit Zinc. valerian. verordnet. Das Kind erbricht zu wiederholten Malen die Eireste aus, in der folgenden Nacht schläft es gut, und am nächsten Morgen ist es wieder vollständig gesund.



Zuletzt berichtet Verf. von einem 8jährigen Mädchen, das nach einer Indigestion zu Mittag am Abend über Kopf- und Magenschmerzen klagte und zu wiederholten Malen erbrach. Verf. sah die Pat. Nachts 11 Uhr, fand den Puls abnorm beschleunigt 160, fadenförmig rhythmisch und theilweise intermittirend. Die Magengegend ist etwas aufgetrieben, und auf Druck etwas empfindlich, Respiration 28, keine Cyanose, Temperatur 37,6. Gegen Morgen 5 Uhr sah Verf. die Pat. wieder und hatte die Situation sich gewaltig geändert. Das Mädchen zeigte eine jagende Respiration (60 in der M.), starke Dyspnoe, bedeutende Cyanose, kühle Unterextremitäten, und Verf. erkannte aus dem großblasigen Rasseln über den ganzen Thorax verbreitet, Lungenödem. Die Temperatur betrug 37,10. Um 10 Uhr erbricht das Kind bedeutende Mengen von Speiseresten, die vorzugsweise aus Kartoffeln bestehen. 9 Uhr Abends ist P. leidlich wohl, und nach 2 Tagen vollständig wieder hergestellt.

Verf. referirt dann kurz über die 4 Fälle Henoch's, und weist auf die fast völlige Übereinstimmung in den hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen hin. Hinsichtlich der Differenzen verweise ich auf das Original.

Nach Henoch handelt es sich beim Asthma dyspepticum um einen vasomotorischen Krampf in den kleinen Arterien, in Folge eines vom Magen ausgehenden Reflexreizes. Daher die Kälte der Extremitäten, der unfühlbare Puls, Stauung im Venensystem und im rechten Herzen, Cyanose, Anhäufung von Kohlensäure im Blute, und dadurch sei die frequente dyspnoetische Respiration bedingt. Verf. glaubt nun vorzugsweise gestützt auf seine 3. Beobachtung annehmen zu können, dass das Asthma dyspepticum durch eine beginnende Lähmung der hemmenden Vagusfasern wie des Herzens zu Stande komme. Hierdurch wurde trotz der bedeutend beschleunigten Herzaktion die Entleerung des Ventrikel, vor Allem des linken erschwert, es musste zur Überfüllung des kleinen Kreislaufes und der rechten Herzhälfte kommen, das Blut wurde schnell mit CO^2 überladen und Cyanose, Dyspnoe, Asthma etc. finden eine vollkommen ausreichende Erklärung. Zur Entstehung des Lungenödems bedarf es einer totalen Lähmung, oder lähmungsartiger Schwäche des linken Ventrikels.

Kohts (Straßburg).

---

164. **Roth** (Wien). Beitrag zur Lehre der akuten Larynxstenosen bei Kindern.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 7 und 8.)

Akute Kehlkopfstenosen werden hervorgebracht:

1) Durch akut entzündliche Processe auf und in der Kehlkopfschleimhaut (katarrhalische und exsudative entzündliche Processe).

2) Entzündliche Processe in der nächsten Umgebung. Retropharyngealabscesse. Entzündung und Vereiterung von Lymphdrüsen, der Schild- und Thymusdrüse.



3) Nervöse Störung, Spasmus glottidis und Lähmung der Glottiserweiterer.

4) Fremdkörper jeder Art.

Verf. fordert dringend zum Gebrauche des Spiegels bei Kindern auf und versichert, dass bei einiger Übung die Untersuchung fast stets gelinge. Folgender Fall dient als Beleg dafür:

6jähriger Knabe vor 8 Tagen mit Heiserkeit erkrankt, in den letzten Tage exquisite Stenosenerscheinungen, Stritor, Einziehungen, kroupartiger Husten. Bei der laryngoskopischen Untersuchung lässt sich an den Stimmbändern etwas Abnormes nicht konstatiren. Beim Einblick in den subchordalen Raum aber zeigen sich zwei von den Seitentheilen symmetrisch ausgehende intensiv rothe Wülste, welche vorn und hinten sich berührend, in der Mitte nur eine ganz enge Spalte zurückließen. Es handelte sich um einen intensiven Katarrh des subchordalen Abschnittes der Kehlkopfschleimhaut. Im Pharynx nichts Abnormes, kein Fieber, was schon von vorn herein gegen Croup sprach. Der Knabe genas; die Behandlung bestand in Eis, äußerlich Einreibungen von grauer Salbe zweimal täglich auf die Kehlkopfgegend und innerlich Inf. ipecac. 0,3 : 100. mit 1,0 Kal. jodat.

Kohts (Straßburg).

---

165. **S. Neumann** (Wien). Beitrag zur Lehre von den Tracheo-Bronchostenosen im Kindesalter.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 20 und 21.)

Ein 4jähriges kräftiges Kind wurde mit schweren stenotischen Erscheinungen auf die Schrötter'sche Klinik gebracht. Die Athembeschwerden bestanden nach der Angabe der Eltern schon seit Monaten, waren aber in letzter Zeit mit dem Auftreten eines starken Hustens heftiger geworden und Nachts traten regelmäßig Erstickungsanfälle auf. Kopf stark nach rückwärts gezogen, Athem geräuschvoll, stridulös. Stridor In- und Exspirium begleitend, Respirationsexkursionen des Larynx sehr gering, starke Einziehungen. Stimme rein, klangvoll. Perkussion des Thorax überall normal, die Auskultation ergiebt lautes, aus der Trachea fortgeleitetes Athmen. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt einen normalen Befund. Es wird desshalb die Diagnose Stenosis Tracheae gestellt. Da die Dyspnoe zunahm, wurde die tiefe Tracheotomie ausgeführt und eine gewöhnliche Kinderkanüle eingelegt. Trotzdem dauerten die stenotischen Erscheinungen fort, erst nach Einführung eines dünnen Katheters oder einer sehr langen Kanüle konnte man wesentliche Erleichterung konstatiren. Es wurde jetzt klar, dass unterhalb der Trachealstenose noch ein zweites Hindernis für die Behinderung der Respiration bestehen müsse.

In den nächsten Tagen traten immer wieder stenotische Erscheinungen und während des Nachts Suffokationsanfälle auf, welche dem



Kinde den Schlaf raubten; am 13. Tage nach der Operation trat hochgradige Anschwellung im Gesicht, am Halse und der Brust auf, welche sich als Hautemphysem dokumentirte; durch die Kanüle entleerte sich reichliches, dünnflüssiges, gelbliches Sekret. Von jetzt an wurde die Athmung frei, die stenotischen Erscheinungen waren verschwunden. Das Hautemphysem ging in den nächsten Tagen unter der entsprechenden Behandlung zurück, welche darin bestand, dass durch Ausstreifen der emphysematischen Partien gegen die Trachealwunde zu, die Luft gewissermaßen herausgedrückt wurde. Das Kind fing an zu fiebern, es bildet sich an der hintern Wand der Trachea durch die Kanüle eine große Ulceration und unter den Erscheinungen einer Pneumonie ging das Kind zu Grunde. Die Sektion ergab, dass die Bronchialdrüsen durchweg vergrößert waren, verkäst, partiell verjaucht, von ihnen aus die Anfangsstücke beider Bronchien und der Ösophagus ulcerös perforirt und das Zellgewebe der unteren Hälfte des Mediastinum jauchig infiltrirt war. Durch die geschwollenen Drüsen war der unterste Abschnitt der Trachea komprimirt, in den Spitzen der Lungen einzelne, hanfkorngroße käsige Knoten, in den Unterlappen zahlreiche lobuläre Infiltrationen. Das plötzliche Aufhören der stenotischen Erscheinungen, welches zeitlich zusammenfiel mit dem Auftreten des Hautemphysems fand also seinen natürlichen Erklärungsgrund in der Perforation des ausgedehnten Drüsenabscesses, indem von nun an die Bronchien vom Druck entlastet und damit die Stenose behoben wurde. Starke Rückwärtsbeugung des Kopfes, welcher nach Gerhardt pathognomisch für Larynxstenose sein und bei Trachealstenosen fehlen soll, wurde während des ganzen Verlaufes beobachtet. **Kohts** (Straßburg).

---

166. **Nothnagel.** Experimentelle Untersuchungen über die Darmbewegungen, insbesondere unter pathologischen Verhältnissen.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1822. Bd. IV. p. 532.)

Der Wunsch, ein bestimmtes Urtheil zu gewinnen über einige Fragen, die das Verhalten der Darmbewegung bei pathologischen Zuständen des Intestinalschlauches betreffen, über die bis jetzt ausgedehntere methodische Untersuchungen nicht vorliegen, veranlasste N. zu einer größeren Reihe von Experimenten.

A. Methode der Untersuchung: N. bedient sich zur experimentellen Beobachtung über die Peristaltik der Methode von Sanders und van Braam Houckgeest, nach welcher das ganze Thier mit Ausnahme des Kopfes in eine 0,5—0,6 %ige Kochsalzlösung bei stetiger Temperatur von 38° C. gebracht, die Bauchhöhle unter Wasser geöffnet und das Verhalten der Gedärme beobachtet wird. Die Thiere wurden durch subkutane Injektionen ätherisirt (frühere Erfahrungen hatten gelehrt, dass Äther und Chloroform



Organe mit glatten Muskelfasern nicht beeinflusse). Zur Verwendung kamen überwiegend Kaninchen, nur selten Hunde und Katzen.

B. Einige physiologische Bemerkungen: N. bestätigt zunächst die von van Braam Houckgeest gemachte Beobachtung, dass nicht nur bei an der Luft, sondern auch unter Kochsalzlösung nach der üblichen Methode geöffneten Bauchhöhlen die meisten mäßig gefüllten Darmabschnitte sich ruhig verhalten; dass aber, sobald Gasblasen, die den Darm ziemlich stark ausdehnen, neben flüssigem Inhalt sich vorfinden, der Inhalt in der betreffenden Partie sich in der Weise fortbewegt, welche das Bild einer stürmischen Peristaltik gewährt und zwar wird Gas und flüssiger Inhalt nach dem Coecum hin so fortbewegt, dass die cirkuläre Konstriktion immer hinter der ausgedehnten Schlinge herläuft; — plötzlich ohne ersichtlich äußeren Grund kommt diese Peristaltik mit einem Ruck an irgend einer Stelle dann zum Stehen, um nach beliebiger Pause wieder weiter zu stürmen.

Auf Untersuchungen über den Grund dieses plötzlichen Stillstandes hat N. sich bei vorliegender Arbeit nicht eingelassen.

C. Über das Vorkommen der Antiperistaltik. Unter Antiperistaltik versteht N. immer den Bewegungsvorgang, bei welchem die Kontraktionswelle die Darmwand über eine größere Strecke oder über den ganzen Darm hin in der Richtung vom Anus zum Pylorus zu durchläuft. Den Satz Engelmann's, dass in allen glatten Muskelsäulen die Kontraktion eben so gut in antiperistaltischer, wie in peristaltischer Richtung sich fortpflanzen kann, fand N. auch für die Darmmuskulatur bestätigt; es fragt sich nur, ob die Antiperistaltik je unter normalen Bedingungen vorkomme. Die Kritik der einschlägigen Litteratur ist im Original nachzulesen.

Aus seinen eigenen Versuchsergebnissen stellt N. in erster Linie den Satz auf: Im normalen unversehrten Darm kommt niemals Antiperistaltik vor, so lange keine pathologischen Eingriffe auf denselben geschehen sind, bez. keine pathologischen Vorgänge in ihm sich abspielen. Zunächst untersuchte N. die Erscheinungen, welche eintreten, wenn man Thieren verschiedenartige, chemisch indifferente, reizende Flüssigkeiten, in Klystierform in den Mastdarm einbringt; durch Beimengung von etwas indifferentem Karmin lässt sich ein etwaiges Vorrücken der rothgefärbten Flüssigkeit direkt von außen her bequem beobachten. Die Details der Versuchsanordnung sind im Original nachzusehen.

Laues Wasser, ca. 38° C., in geringer Menge (2—5 ccm) injicirt, hat keinen Einfluss auf die Darmbewegung und verschwindet, wenn nicht vorher ausgetrieben durch eine von oben kommende Peristaltik, durch Resorption; größere Mengen, 10 ccm und mehr, verursachen eine Ausdehnung und Spannung im unverletzten Dickdarm, werden zum Theil sofort nach Entfernung der Spritze wieder ausge-



stoßen, ein Theil rückt einige Centimeter aufwärts, peristaltische oder antiperistaltische Bewegungen waren dabei nicht wahrzunehmen.

Eiswasser in größeren Mengen erzeugt ähnliche Erscheinungen wie reichliche laue Klystiere, einige schwache peristaltische Kontraktionen treten dabei auf; — kleinere Mengen Eiswasser erzeugen antiperistaltische Einschnürungen, welche die rothgefärbte Flüssigkeit um 5—20 cm aufwärts führen, dann Stillstand.

Olivenöl wirkt entsprechend den Wasserklystieren, je nach Menge und Temperatur.

Koncentrirte Kochsalzlösung (27—30%) in Mengen von 3—5 ccm, selten mehr oder weniger, durch die Spritze 5—8, selten bis zu 10 cm in den Mastdarm hinaufgetrieben, erzeugt einige Sekunden nach Entfernung der Spritze eine aufwärts steigende Kontraktionswelle, welche langsam die rothgefärbte Flüssigkeit, gelegentlich mit derselben auch einen Kothballen antiperistaltisch gegen das Coecum hinaufbewegt; die Art der Vorwärtsbewegung geschieht immer durch cirkuläre Kontraktionen und zwar findet man dieselben bisweilen an verschiedenen Stellen des mit Flüssigkeit gefüllten Darmstückes, auch gegen die Spitze der Flüssigkeitssäule zu, andere Male sind an der Spitze keine Kontraktionen zu bemerken und die Flüssigkeitssäule scheint nur als Ganzes durch die abwärts gelegenen Einschnürungen vorgeschoben zu werden; — die Kontraktion wiederholt sich an der gleichen Stelle mehrmals, dann tritt Ruhe ein und man sieht dann an einer höheren Stelle, indem die Flüssigkeit weiter hinaufgetrieben ist, solche Einschnürungen; am Ende des Colon angelangt, wo jeder Kothballen fest umschnürt ist, wo ein Haustrum, sieht man oft längere Zeit ununterbrochene antiperistaltische Kontraktionen gegen diese Kothballen, ohne die rothe Flüssigkeit über dieselbe vorschieben zu können. Höher als bis in die unmittelbare Nähe des Coecum gelangt die Flüssigkeit nie. Im Durchschnitte bewegte sich die Säule in $1/2$—1 Stunde um 60—90 cm aufwärts. Neben dieser antiperistaltischen Bewegung, gewissermaßen hinter derselben gehen peristaltische Bewegungen einher, welche die im unteren Theile des Rectum gelegenen Kothballen nach abwärts und außen befördern.

Injektionen in den Dünndarm mittels einer Pravaz'schen Spritze ergeben folgende Resultate: 2—4 ccm gefärbter, koncentrirter Kochsalzlösung löst nicht nur peristaltische sondern auch antiperistaltische Bewegungen im Dünndarm aus (NB. der Einstich der Kanüle erzeugt gar keine Bewegung), während die Injektion indifferenter Flüssigkeiten durchaus negativen Erfolg hatte. Einbringung von reizenden Flüssigkeiten in den Magen erzeugten beim Übertritt in den Darm bloß peristaltische Bewegungen. Als Endresultat dieser Versuchsreihen folgt die Thatsache, dass bei physiologischen oder sonstigem reizlosem Inhalt im normalen Darm die peristaltischen Bewegungen nur in der Richtung von dem Darm nach dem After zu gehen. Durch stärker reizende Substanzen dagegen werden im Darm Erregungen geschaffen, wel-



che ein Fortschreiten der Bewegung auch in antiperistaltischer Richtung gestatten. Diese Antiperistaltik kann durch solche abnorme Reize aber nur dann hervorgerufen werden, wenn dieselbe an einer unphysiologischen Stelle (also nicht vom Magen her) in das Venenlumen geräth.

D. Über die Bewegungen des Darmes bei akuten Verschließungen desselben, und über die Entstehung des Kotherbrechens. Über diese Frage bietet die Litteratur so wie die spärlich darüber angestellten Thierexperimente bis jetzt nur wenige und unsichere Anhaltspunkte. N.'s darüber angestellte 32 Versuche zerfallen in drei Gruppen: in der einen wurden die Erscheinungen ununterbrochen von der Anlegung der Ligatur an beobachtet; in der zweiten währte die Darmverschließung länger und begann die direkte Besichtigung erst eine Zeit nach der Umschnürung; in der dritten wurden verschiedenartige Injektionen theils oberhalb, theils unterhalb der Stenose gemacht. Die Versuche wurden wie die in Cap. C an ätherisirten Thieren im Kochsalzbade gemacht. Die Details sind im Original nachzulesen. — Als Resultate ergaben sich folgende Thatsachen:

1) Die plötzliche Verschließung des Darmlumens durch Umschnürung erzeugt keineswegs als solche sofort eine lebhafte Peristaltik, weder ober- noch unterhalb der Stenose.

2) In einer vor der Umschnürung ruhigen Darmstrecke kann die Unbeweglichkeit unbestimmt lange fortdauern; in einer vorher bewegten dauert die Bewegung im oberen Theile fort, kommt im untern dagegen zur Ruhe, wenn der Inhalt nach abwärts befördert ist.

3) Auch bei den Bewegungen im oberen Theil kommen lange Pausen vor, die etwas kürzer zu sein scheinen als im Normalzustand.

4) Diese Bewegungen werden zwar viel energischer und lebhafter als diejenigen, welche den gewöhnlichen physiologischen Darminhalt bei freiem Lumen nach abwärts bewegen, diese vermehrte Energie der Bewegungen ist aber nicht als direkte Folge der Umschnürung aufzufassen, diese giebt nur mittelbar die Veranlassung zu den verstärkten Bewegungen. Den unmittelbaren Reiz für die Entstehung derselben bildet die stärkere Ausdehnung der Darmwandungen durch den gestauten Inhalt und namentlich durch Gas.

5) Selbst bei frischen Fällen von Darmverschließung kann zeitweise durch Überdehnung der Darmwand eine Kontraktionsunfähigkeit in der dem Hindernis zunächst benachbarten Strecke auftreten. Diese Dehnungsparalyse kann mit dem zeitweiligen Nachlass der von oben andrängenden Peristaltik wieder beseitigt werden, indem dann der gestaute Inhalt in der Ruhe etwas nach oben zurückfluthet (daher in solchen Fällen die schädliche Wirkung der Purgantien).

Bei Erörterung der Frage, wie nun der Mechanismus des Kotherbrechens bei Darmverschließungen aufzufassen sei, kommt N. unter Berücksichtigung der hier in Betracht kommenden, aus der

Litteratur bekannten Theorien und der durch eigene Experimente gewonnenen Faktoren zu folgendem Schlusse:

Eine wirksame Peristaltik ist nicht zu sehen; — die Diffusion und die Rückstoßkontraktionen können zwar etwas Darminhalt von unten nach oben befördern, aber keine größeren oder gar massenhaften Mengen desselben — es ist demnach zu schließen, dass das Kotherbrechen hauptsächlich durch den Mechanismus der Bauchpresse in Verbindung mit dem Zwerchfell entsteht, wie ihn bereits van Swieten angedeutet hat.

E. Die Bewegungen des Darms bei akuten Darmentzündungen (akuten Katarrhen). Eine erhebliche Schwierigkeit, auf die N. bei den hier einschlägigen Versuchen stieß, war die, eine längere Strecke als 30—60 cm des Dick- oder Dünndarms in Entzündung zu versetzen.

Die Versuche lehrten:

1) Wenn durch einen akuten entzündlichen Reiz eine Entzündung der Darmschleimhaut, ein Katarrh schnell sich entwickelt, so treten dabei anfänglich sehr starke Kontraktionen der entzündeten Strecke ein.

2) Nach Ablauf dieser anfänglichen Periode sind, wenn die entzündete Darmpartie leer ist, die Bewegungsvorgänge nicht stärker, wie in normalen Gedärmen.

3) Es besteht eine erhöhte Erregbarkeit des entzündeten Darmes in der Weise, dass beim Eintritt von Inhalt in denselben die Peristaltik rascher vor sich geht, als normal; wie aus dem bestehenden Durchfall oder statt festgeballter, breiiger Beschaffenheit der Entleerungen hervorgeht.

F. Einige Bemerkungen über Bildung von Invaginationen; N. theilt hier nur einige bei seinen Versuchen gelegentlich gemachte Beobachtungen mit, ohne sich dabei auf eine ausführlichere Besprechung einzulassen.

Die Beobachtungen lehrten ihm zweierlei:

1) Dass geringe Invaginationen oft im ganz gesunden Darm vorkommen; 2) dass dieselben als »Invaginatio spasmodica« bezeichnet werden müssen, da man ganz zweifellos diese Art der Entstehung, die spastische Kontraktion der Ring- und Längsmuskulatur unter Augen vor sich hat.

Engesser (Freiburg i/B.).

Das »Centralblatt für klinische Medicin« erscheint nach freundlicher Übereinkunft vom 1. Juli d. J. ab gleichzeitig mit dem »Centralblatt für Chirurgie« und dem »Centralblatt für Gynäkologie« im Verlage der unterzeichneten Firma.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 13. **Sonnabend, den 8. Juli.** **1882.**

167. **R. Lépine.** Sur un point relatif à la physiologie pathologique du cœur. Zur pathologischen Physiologie des Herzens.

(Revue de méd. 1882. No. 3.)

Verf. bemerkt, dass der Abstand zwischen Vorhofs- und Ventrikelkontraktion nicht immer gleich groß ist, und hat diesbezügliche Untersuchungen angestellt. In einem Falle von Klappenfehler mit Herzhypertrophie war dieser Abstand beträchtlich am Ende der Inspiration, kleiner in der Mitte der Exspiration und noch kleiner am Ende der letzteren. Wahrscheinlich fänden sich viele ähnliche Fälle, wenn mehr als bisher auf diesen Punkt geachtet würde.

Ein Pat. mit Arteriosklerose und Hypertrophie des linken Ventrikels (Autopsie) zeigte einen diastolischen Jugularvenenpuls. Die graphische Darstellung der Herzbewegung und des Pulses ergab, dass der Venenpuls von der Vorhofssystole herrührte, dass also in diesem Falle die Präsystole von der Systole abnorm weit abstand.



In der Erklärung des Galopprhythmus schließt sich Verf. den Ansichten von Potain und Francis Franck an. Nach diesen Autoren sind der 2. und 3. Ton des Galopprhythmus die normalen Herztöne; der 1. Ton sei bedingt durch eine plötzliche rasche Ausdehnung der Ventrikelwände in dem Moment, wo durch die Vorhofskontraktion die bei der trägen Cirkulation nur langsam geschehende Füllung des Ventrikels plötzlich stark zunehme. Diese Erklärung passte jedoch, wie Franck dies auch zugiebt, nicht für die Fälle, in denen der 1. Ton des Galopprhythmus schon während der Diastole erfolgt. Nach Verf. passt sie auch hier, wenn man eben berücksichtigt, dass der Abstand der Vorhofssystole von der Ventrikelsystole in Krankheiten ein abnorm großer sein könne. Dieser größere Abstand in Fällen mit Galopprhythmus sei bedingt durch die in Folge von Herzschwäche später als normal eintretende Ventrikelkontraktion.

Lüderitz (Berlin).

168. **Leyden.** Über periodisches Erbrechen (gastrische Krisen) nebst Bemerkungen über nervöse Magenaffektionen.

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. IV. p. 605.)

L. rügt zunächst die gegenwärtig herrschende Neigung, alle Krankheiten als anatomische Processe zu bezeichnen, die nervöse Dyspepsie, die atonische Obstipation und nervöse Diarrhoe unter die Magen- resp. Darmkatarrhe einzureihen, was sie in der That nicht sind.

Gewisse Erregungs- und Erkrankungszustände, psychische Eindrücke sind sehr wichtige Faktoren, die in hohem Grade die Thätigkeit des Digestionstraktus, die Sekretion der Verdauungssäfte wie die peristaltischen Bewegungen beeinflussen. Das Auftreten und tagelange Fortdauern von Erbrechen in Folge von Aufregung, Anstrengung und nervöser Abspannung gehört nicht zu den seltenen Erscheinungen; Schulkinder, Kaufleute, Beamte, Lehrer etc. die geistig überanstrengt waren, liefern ein großes Beobachtungsmaterial hierfür; — besonders häufig findet man diese nervösen Verdauungsstörungen, insbesondere Diarrhoen beim weiblichen Geschlecht, das meist leichter erregbar ist.

Auch Neuralgien und Hyperästhesien des Magens werden in Folge von nervösen Einflüssen beobachtet. Am exquisitesten sind die Fälle, welche bei jungen Mädchen in Folge von Menstruationsstörungen, insbesondere bei Suppressio mensium vorkommen. Die Beschwerden steigern sich dabei derart, dass die Pat. weniger essen und in einen Zusand hochgradiger Abmagerung und Marasmus verfallen. Verf. hat solche Zustände von $^1/_2$—1—2—3 Jahren Dauer, in einem Falle vollständige Paraplegie und Ödem der fast total gelähmten Beine mit Zunahme der Ernährung unter Besserung aller Symptome beobachtet. Die mitgetheilten Fälle sind im Original nachzusehen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient eine andere nervöse Magenaffektion, die L. als periodisches Erbrechen oder gastral-



gische Anfälle bezeichnet, welche unter der Bezeichnung Crises gastriques als Begleiterscheinungen verschiedener Rückenmarkskrankheiten, insbesondere der Tabes dorsalis bekannt und beschrieben sind.

Gastralgische Anfälle kommen auch als selbständige Erkrankung vor, ohne sich an Rückenmarkskrankheiten anzuschließen, freilich oft von solchen nervösen Symptomen begleitet, dass sie an Spinalerkrankungen erinnern. Solche primäre Anfälle von periodischem Erbrechen, die gewöhnlich als Magenaffektion theils ohne bestimmt nachweisbaren Grund, theils in Folge einer Indigestion, Erkältung, psychischen Erregung beginnen, zeigen gleich Anfangs Symptome, welche ihre nervöse Natur bekunden; alsbald zeigt sich deutlich, wenn auch in unregelmäßiger Wiederkehr, das periodische Auftreten. Der Anfall dauert einige Stunden bis zu mehreren, selbst bis zu 10 Tagen.

Der Anfang ist gewöhnlich plötzlich; nach Wohlbefinden oder kurzdauerndem Gefühl von Indigestion tritt unter starkem Übelsein, heftiges, kopiöses Erbrechen ein; dabei besteht meist heftiger Schmerz im Epigastrium und eine Reihe von anderen Erscheinungen, die dem Bilde der Migräne entsprechen. Der Patient fühlt sich dabei so hinfällig, dass er ans Bett gefesselt ist; der Magen ist vollständig intolerant gegen alle Ingesta, höchstens wird, jedoch nicht immer, etwas Eis, Champagner oder Thee ertragen, gegen Ende des Anfalls kommt es zu Gallenerbrechen. Nach Ablauf des Anfalls vollständiges Wohlbefinden, guter Appetit und normale Verdauung.

Als Begleiterscheinungen des Anfalls sind zu nennen: 1) Einziehung des Abdomen. 2) Hartnäckige Verstopfung in Zusammenhang mit Kontraktion der Gedärme; Abführmittel, Klystiere sind erfolglos, außer gegen Ende des Anfalles. 3) Urin sparsam, dunkel, sedimentirend, oft Anurie von 24 Stunden. Anfangs mitunter reichlich und blass (Urina spastica). 4) Puls frequent, Arterien weit, kein Fieber. 5) Erbrechen kopiös, erst Speisen, dann zähflüssige, bräunliche Massen, Epithelien der Magenschleimhaut, schließlich Galle; — Blut bisweilen in geringer Menge. 6) Außer Übligkeit und Schmerz in der Magengegend oft reißende Schmerzen in den Extremitäten.

Die Therapie leistet in der Regel wenig. Ruhe, Eis, Morphium ist das Beste, bisweilen, aber nicht so sicher, Belladonna, Hyoscyamus. Brunnenkuren haben meist keinen Erfolg. Diät leistet nicht viel, besser ist der Einfluss von Luftwechsel, gemüthlicher Aufheiterung und Zerstreuung. Verwechslung dieser rein nervösen Anfälle mit Neurosen des Magens und Darms bei Tabetikern, mit Ileus ventriculi ist leicht möglich.

Als Ursachen der Krankheit sind nur zum Theil organische Magenkrankheiten dafür verantwortlich zu machen; der Schluss auf primäre Rückenmarkskrankheit ist nicht unbedingt zulässig; in manchen Fällen scheint es sich um eine reine Magenaffektion durch Indigestion



hervorgerufen, in wieder anderen um Zustände, die von den Spinalorganen aus beeinflusst werden, zu handeln

Eine Reihe von einschlägigen Krankengeschichten ist im Original nachzusehen. **Engesser** (Freiburg i/B.).

---

169. **Schuchardt.** Über Impftuberkulose des Auges und ihren Zusammenhang mit der allgemeinen Impftuberkulose.

Vortrag gehalten am 11. Juli 1881 im physiologischen Verein zu Breslau. (Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 9 u. 10.)

Sch. giebt in der Einleitung die Geschichte der Impftuberkulose. Er selbst hat eine Anzahl Versuche über Impftuberkulose des Auges angestellt, und zwar diente als Versuchsobjekt das Kaninchen, welches er trotz vielfach gegentheiliger Ansichten für wohl geeignet zu diesen Experimenten hält; der Impfstoff wurde nicht dem lebenden Menschen, sondern der Leiche entnommen. Verf. fand im Durchschnitt ein längeres Inkubationsstadium der Tuberkulose als seine Vorgänger: 6 Wochen und mehr. In den meisten Fällen ferner beschränkte sich die Impftuberkulose völlig auf ein oder beide Augen, zum Unterschiede gegen die Versuchsergebnisse Cohnheim's und Salomonsen's. Er fand konstant nur die lokale Impftuberkulose, welche »durchaus nicht immer von allgemeiner Impftuberkulose gefolgt zu sein braucht«. Dass man den Weg, auf welchem die Generalisirung der Tuberkulose erfolgte, zuweilen mit großer Klarheit in der Leiche verfolgen könne, dafür bringt Sch. ein Beispiel, welches nach seiner Ansicht beweist, dass die Generalisirung wesentlich auf dem Wege der Gefäße geschehen ist. Die Beobachtungszeit der von ihm geimpften Thiere übrigens belief sich bis auf 1 Jahr $4^1/_2$ Monat. **J. Wolff** (Breslau).

---

170. **Heidenhain.** Beobachtungen über den Einfluss des N. vagus auf die Herzbewegungen.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Sitzung vom 20. Januar 1882.)

Der N. vagus kann die Herzthätigkeit sowohl verstärken als auch hemmen. Was letztere Funktion betrifft, so kann er Energie und Frequenz der Herzpulse herabsetzen, beides unabhängig von einander. Wird der N. vagus durch einzelne Induktionsstöße von geringer Stärke erregt, in Pausen, die von 5 bis 0,5 Sekunden allmählich verkürzt werden, so nimmt die Pulsgröße ab, ohne dass die Frequenz sich ändert; bei starken Induktionsschlägen hingegen tritt Herzstillstand ein ohne vorherige Änderung der Pulsgröße. Stärkere Reize in geringerer Zahl beeinflussen mehr die Frequenz, schwächere Reize in größerer Zahl mehr die Energie der Herzkontraktionen. Die Verstärkung der Herzthätigkeit besteht nicht bloß in Steigerung der Pulsfrequenz, sondern auch der Herzgröße und



kommt zu Stande 1) als Primärwirkung der elektrischen Vagusreizung und zwar nach Einwirkung gewisser Narkotika, in seltenen Fällen am nicht narkotisirten Herzen; 2) als sekundäre Wirkung der elektrischen Vagusreizung, wenn durch Tetanisirung mit starken Strömen Herzstillstand erzeugt war, nach Aufhebung des Tetanus; 3) bei chemischer Reizung des N. vagus, in vielen Fällen als Primärwirkung, in anderen nach voraufgegangener Hemmungswirkung. Die mitgetheilten Thatsachen wurden durch Kardiogramme erläutert, die dem ausgeschnittenen Herzen, hauptsächlich des Frosches, entnommen sind. Die für die Lehre von der Herzinnervation sich ergebenden Schlussfolgerungen sollen demnächst ausführlich an anderem Orte veröffentlicht werden. **J. Wolff** (Breslau).

---

171. **A. Albrecht.** Über sogenannten idiopathischen Hydrops ascites.

Dissertation, Greifswald, 1882.

Verf. resumirt die Ansichten über Entstehung des Hydrops, indem er gegenüber stellt: Hydrops universalis (entweder durch Stauungsverhältnisse in Blutkreislauf bedingt, oder durch Ernährungsstörungen, Chlorose, Anämie und Kachexie) und Hydrops ascites, bedingt durch Störungen im Gebiet der Pfortader, Krankheiten der Leber, Tumorenbildung, Erkrankungen des Bauchraumes (Peritonitis); hält es aber für falsch einen idiopathischen Hydrops ascites ganz zu negiren. Solche Wasseransammlungen sind von Bauer auf eine latente allgemeine Bauchfellentzündung, von Cartes auf schleichende Peritonitis, von Galvagni in derselben Weise erklärt. Neue Gesichtspunkte für die Annahme eines idiopathischen Ascite liefert die Arbeit Quincke's über freie Bauchwassersucht. Derselbe klassificirt die Entstehungsarten unter schleichend verlaufende, später ausheilende Peritonitis, oder (bei jungen Mädchen) unter den Zusammenhang mit Entwicklung der Sexualorgane. Es können mit der Entwicklung der Ovarien in den benachbarten Theilen des Peritoneums hyperämische und hypersekretorische Zustände eintreten; für noch andere Fälle lässt sich keine Ätiologie auffinden. Fälle, welche sich denen Quincke's anreihen, werden mitgetheilt.

Bei den hierhergehörigen Fällen früherer Autoren war das weibliche Geschlecht vorwiegend befallen (Galvagni unter 12 Fällen 8, Quincke unter 9 Fällen 8); auch die drei von Albrecht beschriebenen Fälle betreffen weibliches Geschlecht, im Alter von 23, 31, 32 Jahren.

Während Galvagni für die Entstehung des Ascites in seinen Fällen vorwiegend der Erkältung die Schuld beimisst, und auch in einem Fall Albrecht's solche Vermuthung nahe liegt, hält er es doch für das Wahrscheinlichste, dass die Entwicklung des Ascites mit den Sexualorganen in Beziehung steht. Einmal ist es bekannt, dass mit der Entwicklung der Geschlechtsorgane ein bedeutender



Umschwung im weiblichen Geschlechte stattfindet, Reizzustände des Peritoneums sind hierbei wohl denkbar. Alle angeführten Fälle, weibliches Geschlecht betreffend, sind beobachtet bei einem Alter, in welchem die Funktion der Geschlechtsorgane noch im Gange; die Mehrzahl war von Menstruationsanomalien befallen. Außer diesen bleibt aber noch eine Anzahl von Fällen in Bezug auf Ätiologie unergründlich.

Die Prognose der Erkrankung ist im Ganzen günstig. Nur Galvagni hat 2 Pat. verloren. Albrecht machte in allen 3 Fällen die Punktion, entleerte dabei $4^1/_2$, $1^1/_2$, 7 Liter Flüssigkeit. In 2 Fällen wurde nach der Entleerung noch eine Schwitzkur angewandt, und alle drei Pat. als geheilt entlassen. Wiederansammlungen sind nicht beobachtet. **Finkler** (Bonn).

---

172. **Fr. Mosler.** Zur lokalen Therapie der Leberkrankheiten.

Vortrag, gehalten in der Sektion für innere Medicin in der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte am 23. Sept. 1881 zu Salzburg.

(Börner's deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 16.)

Verf. betont zunächst, dass seit langer Zeit sein Bestreben dahin gehe, interne Krankheiten lokal zu behandeln. Bei Behandlung des katarrhalischen Ikterus hat Gerhardt schon diesen Weg betreten, indem er die Gallenblase komprimirte und faradisirte. M. hat schon 1873 für derartige Fälle, in denen wegen dauernden Aufstoßens und Erbrechens die Anwendung interner Mittel erschwert war, Darminfusion größerer Mengen lauen Wassers empfohlen, um durch vermehrte Gallensekretion raschere Lösung des katarrhalischen Pfropfes zu erzielen und gute Resultate erhalten. Es fragte sich nun, ob die Darminfusion Steigerung der Peristaltik, oder ob das resorbirte Wasser eine Veränderung in den Sekretionsverhältnissen der Leber bewirke. Experimente an Hunden mit Gallenblasenfisteln ergaben Folgendes: Nach Darminfusion steigerte sich die Menge der secernirten Galle, war aber wasserreicher und an festen Bestandtheilen entsprechend ärmer, und zwar verringerten sich die anorganischen mehr als siebenmal so viel wie die organischen. Verf. hat dem Infusionswasser eine Lösung von salicylsaurem Natron oder Salicylsäure mit Borax zugesetzt; er nimmt an, dass hierdurch ein antiseptischer Einfluss auf die katarrhalische Schleimhaut und auf die Gallenwege geübt werde. Durch das Experiment beweist er, dass die Salicylsäure zum Theil durch die Galle ausgeschieden werde. Karbolsäure wird besonders durch die Nieren ausgeschieden und scheint sich nicht als Zusatz zu Darminfusionen zu eignen. Jodkalium wird, in der Weise applicirt, schnell resorbirt und in der Galle alsdann nachgewiesen; es wird in Darminfusion gegeben besser und länger, selbst in größeren Dosen vertragen, als bei Darreichung durch den Mund. Verf. schlägt daher vor, bei Hepatitis interstitialis, syphi-

litica und suppurativa Versuche mit der Darreichung von Medikamenten, wie den genannten, per anum statt per os zu machen.

v. Mosengeil (Bonn).

173. **Silbermann** (Breslau). Über Bauchfellentzündung Neugeborner.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1882. Hft. 4.)

Man unterscheidet zwei Formen von Peritonitis der Neugeborenen und zwar: 1) eine nicht septische, auf Grund fötaler Syphilis bereits in einer sehr frühen Periode des intra-uterinen Lebens entstandene, 2) eine septische durch Puerperalinfektion entstandene Form. Die erste Form, welche also in jedem Falle eine fötale ist, erscheint unter dem Bilde einer chronischen Peritonitis, an welcher die Kinder gewöhnlich schon in den ersten Lebenstagen zu Grunde gehen. Durch dieselbe sind wahrscheinlich alle Occlusionen und Stenosen des Darmes entstanden und man muss dieselbe annehmen, selbst wenn sonst gar keine Zeichen stattgehabter fötaler Peritonitis zu finden sind. Verf. theilt einen Fall von Dünndarmatresie mit, bei welchem die Diagnose auf fötale Peritonitis gestellt war und bespricht sodann die Zeichen der hochsitzenden Darmstenosen so wie mit Hilfe der 57 in der Litteratur beschriebenen Fälle den Sitz der Occlusionen und die von demselben abhängige mittlere Lebensdauer der Pat.

Was die zweite Form der Peritonitis, die septische, betrifft, welche nach der Ansicht des Verf. ausnahmslos von der inficirten Nabelwunde ihren Ausgang nimmt, so ist, wo die Peritonitis eben die einzige Äußerung der septischen Infektion ist, das Krankheitsbild ein ziemlich scharf charakterisirtes, wenn auch nicht in allen Fällen. Die einzelnen Symptome, das Erbrechen, die Stuhlentleerungen, der Meteorismus, das Exsudat, der Erguss in die Scheidenhaut des Hodens, die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, der Milztumor, die rapide Abnahme des Körpergewichts, endlich die Beschaffenheit von Temperatur, Puls und Respiration sind nicht in allen Fällen konstant. Am leichtesten ist die Affektion mit einer schweren Dyspepsie zu verwechseln. Was die Therapie betrifft, so steht die prophylaktische Behandlung der Nabelwunde obenan. Gegen das hohe Fieber sind Chinin und Prießnitz'sche Umschläge, nicht aber Salicyl, da letzteres oft starken Collaps herbeiführt, gegen das Erbrechen Chloralhydrat (1,0—2,0 auf 100 Aq.) 1stündlich 1 Theelöffel anzuwenden. Gegen den schnellen Kräfteverfall ist excitirend vorzugehen, am besten mit grünem Thee und Rummwasser.

Von Anwendung des Opiums und der Kälte ist dringend abzurathen.

Kohts (Straßburg).



174. Kormann. Nochmals einige Versuche über die Verwendbarkeit von H. O. Opel's Nährzwieback als Nebenkost für rhachitisch kranke Kinder.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1882. No. 4.)

Als Ergänzung seiner früheren Versuche hat Verf. jetzt 3 Kinder ein volles Jahr lang mit obigem Gebäck gefüttert und gewogen.

Fall I: $9^1/_2$monatliches Kind mit florider Rhachitis. Gewicht am 4. April 1881 6938, am 5. April 1882 9850, am Schlusstage der Beobachtung, am 10. Mai 1882, 10 350 g. Größte wöchentliche Zunahme 420 g. Während der Beobachtung hatte Pat. eine schwere Kapillarbronchitis, Impfung, Pertussis und Dentition durchzumachen. Trotzdem hat er während des Jahres anstatt 2433 g (nach Quetelet) 2912 g zugenommen. Es wurden täglich 5—8 Nährzwiebäcke zu der gewöhnlichen Kost zugesetzt.

Fall II: 1 Jahr $6^1/_4$ Monat altes Kind, war immer gesund und lief mit 1 Jahr. Das Kind hat schon 12 Milchzähne; rhachitische Anschwellungen der Knöchel an den Handgelenken, sehr stark verkrümmte Unterschenkel. Gewicht am 4. April 1881 11 450 g (1082 mehr als Quetelet's Durchschnittsgewicht), am 5. April 1882 13 700 (1810 mehr als Quetelet's Durchschnitt). Größte wöchentliche Ab- und Zunahme 450 g. Während der Beobachtungszeit Pertussis.

Fall III: 1 Jahr $5^1/_4$ Monat altes Kind mit rhachitischem Thorax, rhachitischen Knöcheln an Hand- und Fußgelenken, in jedem Kiefer 6 Milchzähne. Diffuse Bronchitis. Gewicht am 4. April 1881 8300 g (1254 unter Quetelet's Durchschnitt), am 5. April 1882 11 620 g (488 g über Quetelet's Durchschnitt), am 10. Mai 1882 12 100 g (858 über Quetelet). Rhachitis abgeheilt, so dass Pat. bereits 20 Wochen nach Beginn der Behandlung laufen konnte. Größte wöchentliche Zunahme 580, größte wöchentliche Abnahme 280 g. Während des Jahres Bronchitis; leichte Pertussis, zwei Dentitionsepochen.

Nach diesen Wägungen kann Verf. den Opel'schen Nährzwieback als Beikost für rhachitisch kranke Kinder von der Hälfte des 1. Lebensjahres ab auf das angelegentlichste empfehlen.

Kohts (Straßburg).

175. Rose. Über Misserfolge der Lallemand'schen Kauterisation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. XXVII. Hft. 2.)

An der Hand von Beispielen beweist Verf., dass die noch vielfach gegen Spermatorrhoe geübte Ätzung der Pars prostatica urethrae durch Argentum nitricum mittels des Lallemand'schen Ätzmittelträgers zu sehr üblen lebensgefährlichen Zuständen führen kann. Die abschreckenden Beispiele rühren in so fern aus R.'s Praxis, als er zu Hilfe gerufen, nachdem Kollegen, die als Specialisten gegen die, wie



Lallemand vor 50 Jahren sagte »Pollutions capables causes de la mort« berühmt waren, durch Ätzungen mit Lapis in Substanz oder in koncentrirter Lösung, Unheil angerichtet hatten. Verf. verwirft Lallemand's Methode, sowohl wenn sie gegen Spermatorrhoe, als wenn sie gegen häufige Pollutionen angewandt wird. Zunächst wendet sich R. gegen die Theorien L.'s, indem er ihre wissenschaftlich unhaltbare Basis widerlegt, dann zeigt er das Unnütze und selbst Gefahrvolle seiner Praxis. Die üblen Zufälle nach dem Ätzen bestehen in Ischurie, Urininfiltration in der Blasengegend und den Konsequenzen: Urämie, Cystitis, Nierenentzündung, Pyämie etc. Auch ein Fall ist erwähnt, in welchem das Instrument abbrach, ein fernerer, in welchem ein modificirter Ätzmittelträger (— statt des eingeschmolzenen Lapis in Substanz wurde ein um den Hals des vorzuschiebenden Kopfes gewickelter Baumwollfaden mit gesättigter Lösung getränkt —) wohl durch Ablösen von Baumwollfäden, die vielleicht durch das Ätzmittel morsch geworden, in der Blase einen Jahre lang dauernden Blasenkatarrh hervorrief; durch Ausspülungen mussten die Baumwollfasern aus der Blase entfernt werden.

v. Mosengeil (Bonn).

---

176. **Arnold Roos.** Über die Angriffspunkte der Blausäure im thierischen Organismus.

(Dissertation aus dem pharmakologischen Laboratorium Bonn 1882.)

Die Frage wurde in Angriff genommen weil die Blausäure einerseits als Gift durch Häufigkeit der Anwendung und erstaunliche Energie der Wirkung imponirend ist, andererseits unzweifelhaft therapeutisch großen Werth hat. Es fehlt Übereinstimmung in einigen Hauptpunkten der Erklärung. Vorwiegend sind 2 Punkte der Meinungsverschiedenheit betont: 1) ob bei der Vergiftung mit Blausäure der Lungen- und Herzvagus hervorragend betheiligt ist, und 2) ob das Atropin einen therapeutischen Einfluss auf diese Vergiftung hat. Welches sind die Erscheinungen der Blausäurevergiftung?

Der Verlauf der Vergiftung eines Hundes ist: Narkose des Gehirns mit leichten vorübergehenden Zuckungen einzelner Muskelpartien, dann vollständige Lähmung bei noch kräftiger Athmung.

Verf. untersuchte nun specieller:

1) Wirkung der Blausäure auf das Froschherz. Würde die Blausäure reizend auf den Vagus des Herzens wirken (Preyer), »so muss diese Wirkung beim Frosche durch Atropin vermieden oder aufgehoben werden können, ganz so, wie das fast augenblicklich bei dem Vagusstillstand durch Muscarin geschieht. Kleine Gaben Atropin lassen das Herz eines gesunden Frosches ziemlich unberührt, setzen dagegen das durch Vagusreizung verlangsamte sogleich wieder auf die normale Schlagzahl.« Auf Grund dieser Überlegung wurde experimentirt mit dem Resultate, dass bei der Vergiftung mit Blausäure von einer Reizung des Herzvagus nichts wahrzunehmen ist.

Eine vorübergehend beobachtete Verlängerung der Diastole konnte desshalb nicht auf Vagusreiz bezogen werden, weil auch nach Ausschaltung des Herzvagus einige Minuten nach Aufnahme der Blausäure jene Erweiterung des Ventrikels stattfand. Dieselbe wird somit bezogen auf eine beginnende Lähmung der Excitomotoren oder der Herzsubstanz selbst.

Weitere Versuche beschäftigen sich mit Beobachtung der Athmung, um festzustellen, »ob Inspirationstetanus vorhanden ist, wenn die Blausäure dampfförmig ohne Berührung der empfindlichen ersten Luftwege in die Lungen tritt«. Ein Kaninchen wurde durch eine Trachealkanüle mit Blausäure gespeist. Die Zahl und Tiefe der Athemzüge nahmen innerhalb 15 Sekunden ab; ein Inspirationstetanus wurde nicht gesehen. Daraus ergiebt sich:

»1) Die Einathmung einer drittelprocentigen Blausäurelösung tödtet durch rasche Lähmung des Athemcentrums, ohne dass von einer Reizung des Lungenvagus und einem davon ausgehenden reflektorischen Stillstand des Zwerchfells etwas zu sehen wäre.

2) Die Abwesenheit von irgend wie erheblichen Erstickungskrämpfen bei der von mir benutzten Koncentration der Blausäure rührt her von der gleichzeitigen raschen Lähmung der motorischen Apparate in den Nervencentren.«

Der tetanische Stillstand der Athmung bei Einwirkung wasserfreier Blausäure (Preyer) wird zurückgeführt auf den reizenden Einfluss auf die Nasenschleimhaut, denn es wurden experimentell dieselben Erscheinungen der Athmung erzeugt durch Riechen an Chloroform, Schwefelammonium, Salmiakgeist, Untersalpetersäure, kölnischem Wasser.

Auch bei gleichzeitiger Anwendung von Atropin tritt der Athemstillstand durch reizende Dämpfe ein.

Während durch die reizenden Dämpfe auch die Schlagzahl des Herzens außerordentlich herabgeht, bezieht sich die Übereinstimmung zwischen Herz- und Athembewegung nicht auch auf das Verhalten gegen Atropin. Bei Einspritzung von Atropin beeinflusst der Geruch reizender Dämpfe zwar den Athmungsstillstand nicht, dagegen hebt das Atropin die Wirkung solcher Dämpfe auf das Herz fast auf. Es wird daraus der Schluss gezogen, das Atropin nimmt vom Herzen die normale Hemmung weg und darum wird dieses befähigt, trotz der lähmenden Wirkung des Erstickungsblutes seine Pulsationen, wenn auch in einer im Verhältnis zur Norm verminderten Anzahl fortzusetzen. Das Atropin ist also ein allgemeines aber indirekt wirkendes Gegengift gegen Alles, was das Herz still zu stellen vermag.

Versuche darüber, in wie weit das Atropin als Gegengift der Blausäure anzusehen sei, ergaben, dass so fern es sich nicht um ganz geringfügige Mengen des Giftes handelt, auf das Atropin als Gegengift nicht zu rechnen ist.

Als therapeutische Maßnahme bei nicht absolut tödlicher Blausäure-Intoxikation wird desshalb die künstliche Respiration in den



Vordergrund treten, der Begießung mit kaltem Wasser (Müller, Warnek) zweckmäßig beigefügt wird.

Für eine antipyretische Wirkung der Blausäure wird die Hebung des peripheren Kreislaufs und dadurch gesteigerte Wärmeabgabe zur Erklärung benutzt. **Finkler** (Bonn).

---

177. **E. Lehmann** (Oyenhausen). Zur Wirkung des kohlensauren Kalks und der kohlensauren Magnesia.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 21.)

Der Erfahrung nach ist ein günstiger Einfluss der erdigen Brunnen speciell des Wildunger Wassers bei Blasenkatarrhen und überhaupt der Harn bereitenden und leitenden Organe anerkannt. Entgegen der Ansicht, dass den erdigen Bestandtheilen der betreffenden Brunnen nur eine untergeordnete Rolle zukomme, und Angesichts des Widerspruchs, der darin zu bestehen scheint, dass bei alkalisch reagirendem Harne alkalische und erdige Wässer günstig wirken sollen, stellt sich L. die Aufgabe, den Einfluss des kohlensauren Kalks, der kohlensauren Magnesia und des Wildunger Wassers zu prüfen. Die Versuche wurden an 2 Menschen gemacht, mit Beobachtung gleicher Ernährungsverhältnisse; es wurde das Verhalten des Harns an Normaltagen zur Basis des Vergleichs gemacht.

Die Resultate giebt L. selbst in der übersichtlichsten Weise in folgenden Sätzen:

1) Die Einnahme von 5 g kohlensauren Kalks oder kohlensaurer Magnesia vermehrten bei uns das Harnwasser.

2) Auch kleinere Quantitäten Magnesia (2 g), so wie ein Gemenge beider Erdkarbonate, auch in dem Verhältnis, wie sie etwa in 1 Liter Wildunger Wasser (G. V. Quelle) enthalten, hatten einen urinvermehrenden Einfluss.

3) Das Wildunger Wasser verdankt seine diuretische Wirkung nicht allein dem kohlensäurehaltigen Wasser, sondern auch den in ihm enthaltenen Erdkarbonaten.

4) Die Erdkarbonate gehen, in ungelöstem Zustande genommen, in ansehnlicherer Menge in den Urin über.

5) Nach Trinken von 750 ccm Wildunger Wasser zeigte sich bei Versuchsperson No. 2 eine geringe, bei No. 1 keine Vermehrung der Erdphosphate.

6) Die P_2O_5 des Harns wurde nach Einnahme der Erdkarbonate. so wie des Wildunger Wassers vermindert.

7) Der Urin wurde danach nicht neutral oder alkalisch.

8) Ein seit längerer Zeit im Urin auftretendes Sediment von harnsauren Salzen verschwand sowohl nach Einnahme von kohlensaurem Kalk, als auch von kohlensaurer Magnesia, als auch von Wildunger Wasser.

9) Eine »antidiarrhoische« Wirkung des Kalkes konnten wir nicht



beobachten. Im Gegentheil fanden wir Stuhlvermehrung nach Einnahme von Kreide in genannter Menge.

10) Ein ausgesprochen stuhlvermehrender Einfluss der Magnesia in genannten Mengen wurde nicht beobachtet.

Finkler (Bonn).

---

178. **O. Seifert.** Einiges über Bandwurmkuren.

Nachdem in dem Juliushospital trotz sorgfältiger Vorbereitungskuren nur wenige Erfolge vom Kousso gesehen worden waren, griff Verf., um von den Droguisten unabhängig zu sein, zum einheimischen Extractum filicis maris aethereum. Christison in Edinburg erklärt die verschiedenen Angaben über die Zweckmäßigkeit des Präparates aus der Herstellung aus verschiedenen Farnkrautarten und der unpassenden Sammelzeit der Wurzeln und der Benutzung älterer vertrockneter statt der nothwendigen grünen Wurzelfasern. Folgende sechs Krankengeschichten, aus denen hervorzuheben ist, dass in zwei Fällen je ein Dutzend Taeniae solium abging. Eigentliche Vorbereitungskuren wurden nicht angeordnet, nur am Vorabende ein gelindes Laxans »am andern Morgen gaben wir nur schwarzen oder mit wenig Milch versetzten Kaffee und eine Stunde nach dem Frühstück das Extractum filicis maris«. Das Extrakt ist dünnflüssig, schöngrün, von eigenthümlichem Geruch. S. gab es in einzelnen Fällen in Gelatinekapseln, in andern ließ er die gleiche Menge (15 g) in Bouillon nehmen. Eine Stunde nach dem Einnehmen des Extraktes einen Esslöffel Ricinusöl. Die bis jetzt gebräuchliche Bereitungsweise ist falsch, »eine richtigere Methode ist, die Wurzeln von Aspidium filix mas im Frühjahre oder Herbst (Mai oder Oktober) zu sammeln, nur die grünen saftreichen auszuwählen, von den Paleae gehörig zu befreien, zu verkleinern und in ganz frischem Zustande mit Äther zu übergießen, unter Zusatz von ganz wenig Weingeist. Die ganze Masse wird an einem kühlen Orte unter nicht zu festem Verschlusse aufbewahrt. Soll zu irgend einer Zeit eine bestimmte Menge davon in Verwendung kommen, so entnimmt man die gewünschte Portion und destillirt den Äther vorsichtig in der Retorte ab, bis das Extrakt die entsprechende dünnflüssige Beschaffenheit zeigt.« **Finkler** (Bonn).

---

179. **H. Schulz.** Vierte Abhandlung zur Theorie der Arsenwirkungen.

(Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. XV. p. 322.)

Die vorliegende Abhandlung löst die Aufgabe, die quantitativen Differenzen zu bestimmen für die Energie, mit welcher die einzelnen Komponenten des Organismus die beiden Arsenoxyde in einander überführen, den Unterschied zwischen der Aktionsfähigkeit



lebenden und todten Protoplasmas gegenüber den Arsensauerstoffverbindungen zu zeigen. Bei der Versuchsanordnung wurde möglichst darauf gesehen, in sämmtlichen Einzelversuchen die Bedingungen gleichzustellen. Gleiche Mengen desselben Organs, gleiche Mengen des Arsen, Dauer der Digestion, Größe des Dialysators etc. ist Alles beobachtet.

»Das Endergebnis dieser ganzen Untersuchungsreihe stellt sich demgemäß so:

1) Blut besitzt eine stark ausgeprägte reducirende Wirkung auf Arsensäure, sein oxydirender Einfluss auf die arsenige Säure ist äußerst gering, wenn nicht gleich Null. Die Sauerstoffbewegung zwischen Arsen und Blut ist demnach eine fast oder ganz einseitige zu nennen.

2) Magenschleimhaut, Pankreas und Gehirn zeigen einen, der hier gewählten Reihenfolge der genannten Organe entsprechenden, zunehmend oxydirenden Einfluss auf arsenige Säure und eben so abnehmend reducirende Kraft gegenüber der Arsensäure. Diese letztgenannte Erscheinung erklärt sich aus der immer wieder vor sich gehenden Neuoxydation der aus der Arsensäure entstandenen arsenigen Säure. Die Sauerstoffbewegung zwischen dem Arsen und dem Protoplasma der hier aufgeführten Organe ist eine doppelseitige.

3) Das Gleiche gilt für das Protoplasma der Leber, nur zeigt dieses von allen, daraufhin untersuchten Komponenten des Organismus die ausgeprägteste oxydirende Kraft.

4) Nur lebendes Protoplasma ist im Stande arsenige Säure zu oxydiren, die bei Benutzung todten Eiweißes auftretende Oxydation ist eine scheinbare, so weit es sich dabei um den Einfluss des benutzten Protoplasmas handelt, sie ist vielmehr die Folge nebensächlich einwirkender Momente. Arsensäure wird von todtem Gewebe stärker reducirt wie von lebendem, weil dem todten Gewebe die Fähigkeit abgeht, die durch die Reduktion entstandene arsenige Säure von Neuem zu oxydiren.« **Finkler** (Bonn).

---

180. **Hugo Schulz.** Die Zerlegung der Chloride durch Kohlensäure.

(Pflüger's Archiv für die gesammte Physiologie Bd. XXVII. Hft. 9 u. 10.)

Anküpfend an die wenigen bis heran gekannten Fälle, wo eine schwache Säure unter bestimmten Verhältnissen eine stärkere aus ihrer Verbindung mit einer Base theilweise verdrängt, hat Verf. mit Hilfe eines höchst empfindlichen Reagens die Zerlegung in Wasser gelöster Chloride durch Kohlensäure dargethan, und mit Rücksicht auf diese Versuche das Verhalten der Chloride im lebenden Organismus vom physiologischen und therapeutischen Standpunkte beleuchtet.

Die Untersuchungsmethode im Einzelnen muss im Original nachgesehen werden, hier wird es zweckmäßig sein, die Sätze, in denen der Verf. das Resultat zusammenfasst, mitzutheilen:



»1) Die Chloralkalien so wie die Chlor-Erdalkalien werden in wässeriger Lösung durch Kohlensäure schon bei niederer Temperatur und Atmosphärendruck zerlegt, unter Bildung von Salzsäure und Alkalibeziehentlich Erdalkali-Karbonat.

2) Diese Zerlegbarkeit ist eine bei den einzelnen Verbindungen verschiedene, sie steigt vom Chlorbaryum zunehmend aufwärts zum Chlornatrium.

3) In diesem eigenthümlichen Verhalten zwischen den gelösten Chlorverbindungen und der Kohlensäure haben wir eine einfache, wenn auch nicht die einzige Erklärung für die Bildungsweise freier Salzsäure im Organismus.

4) Aus dem, was wir über das Verhalten der Erdalkalien gegenüber dem lebenden organischen Gewebe wissen, aus dem, was experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der lebenden Materie unter dem Einflusse von Chloralkalien, zumal dem des Kochsalzes, eruirt haben, dürfen wir den Schluss ziehen, dass die Chloride und auch hier wieder besonders das Chlornatrium in bestimmter Beziehung stehen zu dem Verhalten des Sauerstoffs innerhalb der Gewebe. Wir dürfen als einen Hauptgrund für das Vorkommen sowohl wie auch für die Nothwendigkeit des Vorhandenseins von Chloralkali im lebenden Körper die Eigenschaft desselben ansprechen, bei Gegenwart von lebendem Protoplasma Chlor abzuspalten und so indirekt oxydirend zu wirken.

5) Daraus erklärt sich denn das besondere Verhalten der Chloride, zumal aber des Chlornatriums, den Stoffumsatz zu fördern, das organische Leben anzuregen und als Heilmittel da wirken zu können, wo es in passenden Mengen und unter richtiger Indikation zur Verwendung gelangt.«

Kochs (Bonn).

Kasuistik.

181. **von Holwede.** Empyem. Stauungshydrocephalus.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 7 u. 8.)

Ein 3jähriger schwächlicher Knabe erkrankt mit den Zeichen einer rechtsseitigen Pleuropneumonie. Am 9. Tage stellen sich heftige eklamptische Konvulsionen ein, welche sich am 10. und 11. Tage wiederholen und am 12. mit vollständiger Bewusstlosigkeit endigen. Darauf deutliche Paraplegie der oberen, erhöhte Reflexerregbarkeit der unteren Extremitäten; unregelmäßiger, bald verlangsamter, bald schneller, bald intermittirender Puls, Athmung theils frequent, theils sich der Form der Cheyne-Stokes'schen Athmung nähernd. Leib weich, eingezogen, Stuhl retardirt. Der Pat. vollständig bewusstlos, den Kopf fortwährend hin- und herwerfend, cri hydrocéphalique, Strabismus convergens, Genickkrämpfe, kurz die exquisiten Symptome einer Meningitis basilaris. Inzwischen war rechts ein Exsudat zu konstatiren, welches sich bei der Probepunktion als eitrig erwies. 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung Thorakocentesis mit Rippenresektion, worauf schnell alle Symptome



schwanden und Pat. sich schnell erholte. Verf. fasst die nervösen Erscheinungen als Stauungshydrocephalus auf und erklärt diesen so, dass die rechtsseitig gelegene Vena cava sup. durch das massige Exsudat einen Druck erfuhr, oder dass die zu ihrer Wurzel retrahirte Lunge das Lumen der genannten Vene verengerte, und dass also in zweiter Linie der Abschluss des Venenblutes aus dem Schädel gehemmt und hierdurch die Transsudation in die Ventrikel erfolgt sei.

Kohts (Straßburg).

182. **Bergmann.** Ein Fall von Kehlkopfexstirpation.

(Sitzungsber. der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg 1882. No. 3 u. 4.)

B. stellt einen Pat. vor, der seit Sommer 1880 heiser ist. Mit der Zunahme der Heiserkeit stellten sich auch Beschwerden beim Schlucken ein.

Der allgemeine Ernährungszustand litt in keiner Weise; die lokale Behandlung des Leidens hatte gar keinen Erfolg.

Im Oktober 1881 kam Pat. ins Juliusspital. Laryngoskopischer Befund: Epiglottis gesund. Die linke ary-epiglottische Falte stellt einen dicken Wulst dar, die Konturen des linken Taschen- und Stimmbandes gehen nahezu in einander über. Auch das rechte Taschenband verdickt, das rechte Stimmband geröthet und oberflächlich ulcerirt. Durch die Verdickung der linken Larynxhälfte ist die Glottis stark verengt. An der hinteren Larynxwand zeigt sich ein querverlaufender wie aus Narbengewebe bestehender Strang.

Die Diagnose war Anfangs zweifelhaft. Bei der diffusen, nicht irgend wie begrenzten, sondern die Wandungen des Kehlkopfs infiltrirenden Neubildung konnte nur von Entzündung oder aber bösartiger Geschwulst die Rede sein. Gegen Epithelialkrebs sprach vor Allem das Fehlen von Lymphdrüsenschwellung in der Umgebung des Larynx, ferner der Umstand, dass bei der langen Dauer der Erkrankung die Verschwärung und Zerklüftung der Oberfläche nur sehr gering war.

Ein diffuses Sarkom konnte nicht ausgeschlossen werden.

Schließlich musste noch an eine syphilitische Erkrankung gedacht werden, wesshalb Pat. auf der medicinischen Abtheilung einer antisyphilitischen Kur unterworfen wurde, ohne Spur einer Besserung, im Gegentheil es wurde schlechter mit ihm. Die Verengerung des Kehlkopfraumes hatte bis December zugenommen und Pat. litt an bedrohlichen abendlichen Erstickungsanfällen. Am 6. December wurde wegen der Respirationsbeschwerden die Tracheotomie gemacht, durch welche sich B. auch die für später geplante Exstirpation des Larynx erleichtern zu können glaubte.

Als Pat. die Trachealkanüle frei und anstandslos tragen, auch selbst herausnehmen und wieder einlegen konnte, nahm B. (16. Januar 1882) die Exstirpation des Larynx vor.

Die vorausgeschickte Tracheotomie erschwerte die Operation, da das untere Ende des Schnittes in festes hyperplastisch dichtes Narbengewebe fiel, welches dicht um die Trachealwunde lag; durch diese Verdichtung des Bindegewebes war das Abpräpariren der Weichtheile sehr erschwert. B. würde in einem weiteren Falle die Operation ohne Tracheotomie beginnen und erst, wenn beide Schildknorpel bis an ihre Seitenränder und Hörner frei präparirt sind, die Tracheotomie und Tamponade der Trachea vornehmen.

Die Abtrennung des lospräparirten und nach vorn luxirten Kehlkopfes von der Trachea erfolgte dicht unter, zum Theil noch im Ringknorpel. Vor der Abtrennung muss die Trachea durch starke Seidenfäden fixirt werden, damit sie nicht zu tief hinabgleitet.

Die Wundränder wurden so vereinigt, dass die Eingangsöffnung der Luftröhre ganz nach außen gerichtet war, um das Einfließen von Wundprodukten in den Bronchialbaum zu verhüten. Pat. ist ohne Spur von Röthung und Schwellung an den Wundrändern geheilt. Die genaue Untersuchung der Neubildung ergab, dass es sich um ein Adeno-Sarkom handelte. 6 Wochen nach der Operation konnte Pat.

einen künstlichen Kehlkopf, nach Paul Bruns' Angaben verfertigt, eingesetzt bekommen, mit dem er laut und vernehmlich spricht.

Seifert (Würzburg).

183. **Th. Schott** (Nauheim). Zur Lehre von der Wanderleber.

(Deutsche Medicinalzeitung 1882. No. 21 u. 22.)

Verf. beobachtete einen Fall von Wanderleber bei einer 39½jährigen. Die Diagnose wurde gestellt, weil die folgenden Kriterien (Thierfelder) vorhanden waren:

1) In der mittleren wie rechten unteren Bauchgegend eine Geschwulst, von den Eigenschaften der Leber.

2) Zwischen Lunge und diesem Körper eine tympanitische Zone, eben so zwischen Herz und Leber.

3) »Im rechten Hypochondrium ein intraabdominaler Tumor von mäßig derber Konsistenz, dessen unterer scharfer Rand sich am Nabel 4 cm über die Mittellinie hinaus erstreckt, und von da in einer schiefen Linie gegen die rechte Crista ilei hin verfolgen lässt. Von letzterer ist die Geschwulst nur 3 cm entfernt.«

»Die Geschwulst lässt sich bis unter den Rippenbogen in die normale Lebergegend sowohl beim Liegen wie auch beim Stehen zurückbringen.« Ausgeschlossen werden: chronische Entzündung des Netzes, Ovarientumor (weil nach oben reponirbar) und Wanderniere mit Hydronephrose. Während die tympanitische Zone rechterseits wohl auch auf Randemphysem bezogen werden kann, und desshalb nicht mit Sicherheit die Verdrängung der Leber vom Zwerchfell abwärts bewirkt, lässt die tympanitische Zone zwischen Leber und Herz keine andere Deutung zu als: Entfernung der Leber vom Zwerchfell, also wirkliche Wanderleber.

Anlangend die Ätiologie der Erkrankung wird zunächst darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bis jetzt bei allen beschriebenen Fällen um Frauen handelt. Wesentlich in Betracht kommen: 1) Die große Anzahl der voraus stattgefundenen Geburten verbunden mit Hängebauch, was im beschriebenen Fall in hohem Grade vorgelegen hatte. 2) Brechdurchfall, häufige Abwechslung mit Diarrhoe, mit Stuhlverstopfung bei anhaltendem Erbrechen. 3) Außerordentlich schnelle Abnahme des Fettes nach einer in der Laktation aufgetretenen auffallenden Obesität. Dem Schwund großer Fettmassen im Mesenterium, im Omentum und subperitonealem Bindegewebe wird ein besonderer Einfluss vindicirt; damit stimmt überein, dass während der Laktation noch kein Symptom vorhanden war, welches auf spätere Wanderleber hindeutete, während die Ausfüllung des Bauches mit Fett den intraabdominalen Druck auf genügender Höhe hielt. Die tympanitische Zone an Stelle der Leber wird mit großer Wahrscheinlichkeit auf Verlagerung des Colon, vielleicht auch eines Theils des Duodenum bezogen.

In Rücksicht auf Therapie ist zu erwähnen, dass Verf. von der Behandlung mit Anlegung einer festen Leibbinde Abstand nahm, weil 1) Magenkranke solche nicht vertragen, 2) die Leber dadurch nur wenig zurückgehalten wird.

Sch. bediente sich desshalb einer Bandage mit stellbarer Pelotte, diese ist 16 cm lang, 7—8 cm breit, weich gepolstert in Form eines Keils, dessen Basis nach unten steht.

»Reposition der Leber in Rückenlage mit der rechten Hand, Zuknöpfen der vorher offengelegten Bandage mit der linken; nachträgliche Wagerechtstellung der Pelotte vermittels der Schraube.« Pat. hat die Pelotte zehn Monate lang gut vertragen.

Finkler (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 14. Sonnabend, den 15. Juli. 1882.

184. **Köbner.** Übertragungsversuche von Lepra auf Thiere.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 282.)

Ein Arbeiter aus Berlin hatte bei seinem 11jährigen Aufenthalte in Brasilien ausgesprochene Lepra acquirirt, die der makulösen Form angehörte. Im Laufe der Anfangs erfolgreichen Behandlung mit Salicylsäure traten aber auch mehrere Lepraknoten in der Haut auf, die möglicherweise auf lokaler Selbstinfektion beruhen konnten. Letzterer Gedanke veranlasste Verf. zu einer Reihe von Impfversuchen mit dem Material eines excidirten Knotens und zwar auf einen Affen, auf Meerschweinchen, Ratten, Aale etc. Alle Impfungen aber waren ohne Erfolg, ohne dass daraus der Verf. einen Schluss auf die Unmöglichkeit der Impfübertragung überhaupt machen möchte. Es traten zwar bei einem Aal Knoten in der Haut auf, aber es stellte sich heraus, dass es sich um eine bei Aalen häufige Hautkrankheit handelte. Und die bei dem Affen sich zeigenden Erscheinungen, wie Lymphdrüsenanschwellung am Hals und Ausfluss aus der Nase mit



knotigen Wulstungen auf der Schleimhaut derselben, gehörten, wie sich bald herausstellte in das Reich der Tuberkulose. Bei diesen Versuchen konnte aber Verf. feststellen, dass die Leprazellen und Bacillen sich außerordentlich lange konservirten, so dass Zellen wie Bacillen noch am 52. Tage im Auge eines Kaninchens vorzüglich erhalten waren.

Hieran knüpft Verf. einige Bemerkungen über das Vorkommen der Bacillen. Er fand sie niemals in den Epidermis- oder den Epithelzellen der Schleimhäute, reichlich dagegen im Eiter und den Granulationen lepröser Geschwüre und ferner auch im Gegensatz zu Hansen und Neißer im Blute seines Patienten.

Ribbert (Bonn).

---

185. **Biefel** (Salzbrunn). Das tuberkulöse Kehlkopfgeschwür und die Kehlkopfschwindsucht.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXX. Hft. 5 u. 6.)

Verf. hat in ausführlicher Weise die topographischen und histologischen Eigenthümlichkeiten der Kehlkopfschleimhaut der Besprechung der in Rede stehenden Erkrankungsform vorausgeschickt und die tuberkulosen Kehlkopfsgeschwüre in zwei große Gruppen getheilt. Die Eintheilung in oberflächliche und vertiefte Geschwüre findet ihre Begründung in der Schichtung der Schleimhaut, je nachdem die Geschwürsbildung nur auf der oberflächlichen Schicht der Kehlkopfschleimhaut bis in die Tunica elastica eingebettet ist oder gleichzeitig von den oberen beiden Schichten herabwandernd auch noch in die unterliegende Submucosa eindringt, also alle drei Schichten ergreift. In der Region des Pflasterepithels findet sich eine anatomische Prädisposition zur oberflächlichen, auf der des Cylinderepithels zur vertieften Geschwürsbildung, da in ersterem Terrain die Drüsenschicht der Submucosa fehlt, welche das eigentliche Substrat der Vertiefung ist, so dass also an den Stellen der größeren Drüsenwülste sich die zerstörendsten Geschwüre finden.

Es zeigt sich, dass die kleinen Herde und minimalen Geschwürsformen im Interarytaenoidalraum, am Stimmband, an der Plica aryepiglottica, am Kehldeckelrand und an der unteren Stimmbandgrenze auftreten und zwar zu einer Zeit, wo die Lungen noch gesund erscheinen.

Für solche Fälle eignen sich milde und salzige Inhalationen, hauptsächlich aber ist auf frühzeitige Einleitung einer Monate und Jahre lang rationell fortgesetzten Einwirkung auf die allgemeine Konstitution zu sehen durch Diät, Wasserabreibungen, Aufenthalt in Sanatorien (Gebirge, Gradirwerke etc.).

Auf dem drüsenhaltigen Terrain des Cylinderepithels dringen die Geschwüre von oben her zuvörderst in die Drüsenschicht der Submucosa ein, in welcher sich der erste Hauptprocess der Zerstörung



abspielt, ehe sie die tieferen Gebilde erreichen. Womöglich sollen die großen und kleineren Herde durch Ätzmittel oder galvanokaustisch zerstört werden, wenn dies nicht zum Ziele führt, wird man sich auf die Desinfektion besonders der jauchigen Zerstörungen beschränken müssen, was man bei den unterminirten und rissförmigen Geschwüren der Drüsenwülste am besten durch Austupfen mit dem kleinen Störk'schen Pinsel erreicht. Für die offenen Geschwürsflächen eignen sich die Einträufelungen und desinficirenden Inhalationen so wie der einfachen Bähungen mit Kamillenthee oder Perubalsam nach Schmidt.

Von den desinficirenden Mitteln gebraucht Verf. häufig Kreosotlösung in Alkohol mit Glycerinzusatz, oder Bromkalilösung mit Glycerin. Bei Schlingbeschwerden werden Gurgelungen von $^1/_2$%iger Tanninlösung mit 20% Glycerin und 0,1 Morphium angewandt, bei Hustenreiz Morphium eingepinselt in einfacher Lösung mit Glycerinzusatz, oder in Bromkalilösung mit Glycerin.

Seifert (Würzburg).

---

186. **Leyden.** Über Nervendehnung.

(Wiener med. Blätter 1882. No. 26.)

Verf. erinnert daran, dass er inmitten der Strömung, welche in der Nervendehnung ein so glückliches Mittel für Neuralgien und die bis dahin unheilbare Tabes dorsualis proklamirte, dem Zweifel Ausdruck gegeben hatte, ob man bei der Vorstellung von der Beeinflussung oder gar Wiederherstellung verloren gegangener Nervensubstanz oder von einer Auffrischung, überhaupt noch den Boden wissenschaftlicher Kritik behalten habe. Der Fall, durch dessen Besserung in Folge der Dehnung diese Operation empfohlen wurde, war gar keine Tabes, wie die Untersuchung nach der Autopsie (Westphal) ergab. Der Erfolg der bis jetzt mitgetheilten Fälle war entweder nicht lange genug abgewartet, oder die Schätzung richtet sich nach der Angabe der Patienten, oder die Diagnose stand nicht fest. Auch die günstigen Resultate scheinen nicht ganz eklatant und zweifellos. Zugegeben die Möglichkeit, bei der Tabes handele es sich um eine Erkrankung, welche in den peripheren Nerven beginnt, so giebt dies doch kein Recht dazu, dass Fälle, in denen sich das Rückenmark gesund findet, für Tabes erklärt werden können. Im Gegentheil kann nicht gezweifelt werden, dass überall da, wo die Symptome der Tabes deutlich sind, schon tiefe Läsionen in den Hintersträngen des Rückenmarks existiren (F. Schultze). L. hat selbst zwei Fälle von Tabes der Nervendehnung unterworfen. Reizsymptome, Erhöhung der Sensibilität, Steigerung der Reflexe war die erste Folge; eine spätere Folge scheint die Verminderung der reißenden Schmerzen zu sein; aber bei aller Unsicherheit dieser subjektiven Angaben bleibt es noch fraglich, ob der Effekt anhält. Objektiv haben die beiden Patienten keinen Beweis gebesserter Motilität geboten; nicht einmal Abnahme



der Ataxie. Demnach ist der Werth der Operation illusorisch und die Nervendehnung kann als Heilmittel bei der Tabes einer wissenschaftlichen Kritik nicht Stand halten. **Finkler** (Bonn).

---

187. **E. Bumm.** Über transitorische Albuminurie und Meliturie bei Delirium tremens. (Aus der psychiatrischen Klinik des Geh. Rath v. Rinecker im Juliusspitale zu Würzburg.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 25.)

Für das Bestreben die Geisteskrankheiten mit materiellen Veränderungen resp. körperlichen Krankheiten in nähere Beziehungen zu bringen, ist von besonderem Interesse die Beobachtung von Kombinationen psychischer und vegetativer Funktionsstörungen. Hierher gehört (Fürstner) häufiges Vorkommen von Albuminurie bei Delirium tremens, und der Befund Weinberg's, betreffend die genaue Koincidenz der Dauer der Albuminurie mit der des Delirium und die Übereinstimmung der quantitativen Ausscheidung von Eiweiß mit der Intensität des Delirium. Die Ursache der Albuminurie wird in solchen Fällen nicht in einer Texturerkrankung der Niere zu suchen sein, da sie plötzlich kommt und verschwindet, später nicht wieder auftritt und der Obduktionsbefund und die mikroskopische Untersuchung negative Resultate giebt. B. beobachtete einen einschlägigen Fall von besonderer Wichtigkeit, weil in ihm ein vorübergehender Gehalt des Urins an Zucker konstatirt ist. Der Urin hatte bei einem specifischen Gewicht von 1031 viel Eiweiß und einen Zuckergehalt von bis zu 3%. Nach plötzlich eingetretenem Tod ergab die Sektion starke Hyperämie des Gehirns und der Medulla oblongata, kleinen pneumonischen Herd in der Lunge, an den Nieren außer starker Hyperämie nichts Abnormes. Nach diesem Befunde führt B. den Erklärungsversuch des Zusammenhangs zurück auf die Annahme einer centralen Innervationsstörung mit besonderem Rechte, weil durch Claude-Bernard die experimentelle Basis hierfür gegeben ist. So werden auch die bei Commotio cerebri auftretenden Erscheinungen der Albuminurie und des Diabetes auf Reizungserscheinungen der Rautengrube (H. Fischer) zurückgeführt und als Analogien gleiche Erscheinungen bei Epilepsie und Eklampsie angeführt.

Finkler (Bonn).

---

188. **Weil.** Zur Lehre vom Pneumothorax.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. Hft. 1 u. 2.)

Das den vorliegenden Untersuchungen zu Grunde liegende Material umfasst sämmtliche im Verlauf der letzten 17 Jahre auf der medicinischen Klinik des Herrn Geh. Rath Friedreich beobachteten Fälle von Pneumo- und Hydropneumothorax.

Unter den ätiologischen Momenten des Pneumothorax steht weit-



aus in erster Linie die Lungenschwindsucht, in zweiter Linie das Empyem, während alle übrigen ursächlichen Momente im Vergleich zur Häufigkeit dieser beiden als Raritäten zu betrachten sind.

Von den 6 durch Empyem verursachten Fällen von Pneumothorax verdient einer besondere Berücksichtigung, weil bei ihm der Eiter sowohl nach den Bronchien als nach außen hin durchbrach und so einen doppelt offenen Pneumothorax schaffte; die maulvolle Expektoration war in ausgesprochener Weise vorhanden, in den Sputis zeigten sich massenhaft Hämatoidinkrystalle, theils in büschelförmig angeordneten Nadeln, theils in rhombischen Säulen. Der Fall zeigte ferner, dass selbst große Perforationsöffnungen in der Pleura pulmonalis nach Eröffnung und Ausspülung der Pleurahöhle verhältnismäßig rasch und vollständig heilen können.

Aus der Beschreibung dreier Fälle von Pneumothorax mit zweifelhafter Ätiologie ist nichts Besonderes hervorzuheben. Nach Abzug dieser 9 Fälle bleiben noch 46 übrig, in denen der Pneumothorax die unmittelbare Folge chronisch-ulceröser Pneumonie war.

Um richtigen Aufschluss zu bekommen über die Häufigkeit, mit der Pneumothorax bei Phthisikern auftritt, muss man sich an die Todesstatistik wenden, wobei man auf viel höhere Zahlen kommt, als wenn die Gesammtzahl der zur Beobachtung gekommenen Phthisiker der Berechnung zu Grunde gelegt wird. So findet W., dass von 1200 Phthisikern 46 = 3,8% einen Pneumothorax hatten, während nach der anderen Berechnung von 355 zur Sektion gekommenen Phthisikern 35 = 10,1% an Pneumothorax litten.

Was das Alter anlangt, so war der jüngste von den an Pneumothorax erkrankten Phthisikern 17, der älteste 49 Jahre alt; diese Zahlen stimmen mit den Erfahrungen über das Vorkommen der Schwindsucht in den verschiedenen Lebensaltern überein.

Es war unter den 46 Fällen von Pneumothorax 14mal die rechte, 31mal die linke Seite betroffen, einmal handelte es sich um doppelseitige Erkrankung. Zweimalige Erkrankung an Pneumonie auf derselben Seite wurde in 3 Fällen beobachtet.

Das vorwiegende Befallensein der linken Seite erklärt sich wohl daraus, dass die ausgiebigere respiratorische und kordiopneumatische Verschiebung des linken vorderen Lungenrandes die Verwachsung der Lunge mit der Brustwand erschwert und daher ein die Entstehung des Pneumothorax begünstigendes Moment darstellt.

In 35 Fällen, die entweder klinisch oder anatomisch darauf hin untersucht werden konnten, fand sich 26mal der Pneumothorax, auf der in höherem Grade afficirten Seite, 5mal auf der besseren Seite, während 4mal kein auffälliger Unterschied in der Erkrankung beider Seiten bestand.

In 22 Fällen trat der Pneumothorax zu akuter Phthise hinzu, es bilden wohl die akuten Phthisen einen günstigeren Boden für den Pneumothorax als die chronischen und bei letzteren sind es hauptsächlich die Perioden akuter oder subakuter Nachschübe, die



zur Entstehung eines Pneumothorax disponiren. Von den 46 Fällen trat der Pneumothorax 35mal bei deutlich entwickelter oder vorgeschrittener Lungenaffektion 11mal in früheren Stadien derselben auf.

Specielle Gelegenheitsursachen für die Entstehung des Pneumothorax konnten nur in 4 Fällen nachgewiesen werden: Hustenparoxysmen, Erbrechen, starke Muskelanstrengung. Was den anatomischen Befund betrifft, so war der Pneumothorax in der Mehrzahl der Fälle ein totaler, abgesackter Pneumothorax fand sich nur 4mal.

Für 20 von 36 Fällen ergab sich aus dem anatomischen Befund ein positiver Druck des in der Pleurahöhle angesammelten Gases.

Das Offenbleiben der Perforationsstelle selbst nach Wochen und Monaten bildete die Regel, doch konnte auch schon nach wenigen Wochen oder Tagen ein solider organischer Verschluss der Fistel konstatirt werden.

Diejenigen Bezirke (Axillarlinie und vorderer linker Lungenrand), in welchen sehr ausgiebige Verschiebungen der Lunge stattfinden, zeigten sich besonders bevorzugt für den Sitz der Perforationsstelle.

In 3 Fällen fand sich gar kein flüssiger Erguss, in den übrigen Fällen regelmäßig flüssiger Erguss von schwankender Menge und von verschiedener Beschaffenheit: 11mal eitrig, 17mal sero-fibrinös, 1mal jauchig, 1mal hämorrhagisch, die sero-fibrinösen Ergüsse sind demnach keine Seltenheit, sondern überwiegen an Häufigkeit sogar die eitrigen.

Als Grund für das Ausbleiben der Eiterung und Jauchung in die Pleurahöhle wird angegeben, dass in der Mehrzahl der Fälle die Öffnung selbst oder die zuführenden Bronchien alsbald mechanisch geschlossen werden (falls der Pneumothorax durch Perforation der Pleura pulmonalis entsteht).

Von Komplikationen verdient die Pleuritis der anderen Seite Erwähnung. Darmgeschwüre fanden sich in 24, Kehlkopfgeschwüre in 16 Fällen. Amyloiddegeneration fand sich 2mal, akute und chronische Nephritis je 1mal; Thrombose einer oder beider Cruralvenen 3mal.

Von dem Symptomenbilde des Pneumothorax braucht hier wenig hervorgehoben zu werden.

Bei frischem Pneumothorax bildet der Mangel eines jeden Athmungsgeräusches an der vorderen Brustwand die Regel und auch seitlich und hinten wird etwa nur in der Hälfte der Fälle amphorisches Athmen getroffen.

In denjenigen Fällen, in welchen ausgedehnte Verwachsungen der Lunge mit der Brustwand bestanden, wurde in der ganzen Ausdehnung des Pneumothorax sehr lautes und exquisit metallisches Athmen wahrgenommen. Nur 2mal waren bei linksseitigem Pneumothorax die Herztöne von metallischem Klange begleitet. In manchen Fällen wurden metallisch klingende Rasselgeräusche, metallische Resonanz des Hustens und der Stimme und fast ausnahmslos metallisch klingendes Succussionsgeräusch gefunden. Niemals konnte Höhen-



wechsel des Metallklangs beim Öffnen und Schließen des Mundes wahrgenommen werden. **Seifert** (Würzburg).

---

189. **M. Heitler.** Über akute Herzerweiterung.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 22.)

Außer der Dilatation, die mit Hypertrophie sich durch mechanischen Einfluss bei Cirkulationsstörungen entwickelt, oft durch Texturerkrankung des Herzens begünstigt, giebt es eine akute Dilatation entweder am normalen oder an dem schon chronich dilatirten Herzen. Akute Dilatationen entstehen und verschwinden mit überraschender Geschwindigkeit, sie liefern die Erscheinung einer akuten Insufficienz der Herzthätigkeit, die fälschlich auf akute Endokarditis oder auf alte Klappenfehler bezogen werden kann. Die akute Dilatation kann alle Herzhöhlen oder nur eine befallen; manchmal sieht man sie von einer auf andere Herzhöhlen übergehen und zwar entsteht und schwindet sie so rasch, dass das Herz fortwährenden Volumsschwankungen unterworfen ist, und dass selbst im Verlauf eines Tages die Perkussionsverhältnisse sich wesentlich ändern. Hierfür wird ein Beispiel angeführt, betreffend ein Mädchen mit Insufficienz und Stenose der Mitralis, wo innerhalb etwa fünf Minuten die Krankheitserscheinungen wesentliche objektive Veränderungen zeigten. Das normale Herz kann akut erweitert werden im Beginn fieberhafter Krankheiten und ist dann die Dilatation noch nicht, wie etwa im späteren Stadium des Typhus, auf Texturerkrankung zu beziehen; die Zeichen sind verbreiterte Dämpfung, Verlegung und Verbreiterung des Spitzenstoßes, systolische Geräusche an den venösen und arteriellen Ostien. Der zweite Pulmonalton accentuirt, der zweite Aortenton schwächer oder unhörbar, der Puls klein. Bei Pneumonie kommt akute Dilatation des rechten Ventrikels vor. Häufig ist das Vorkommen, aber schwierig die Diagnose der akuten Erweiterung bei akuter Endokarditis. Nur das eventuell öftere Verschwinden und Wiederauftreten der bedeutenden Dämpfung, also der Wechsel der Erscheinungen wird die Differentialdiagnose gegen Perikardialexsudate und Perikarditis stellen lassen. Akute Dilatation kommt ferner vor (manchmal längere Zeit persistirend) bei Chlorose und Anämien, bezogen auf Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Herzmuskels. Auch beim Morbus Brightii beobachtet man akute Herzdilatation.

Bei Klappenfehlern addiren sich zu den chronischen, akute Dilatationen, oft in rascher Aufeinanderfolge, bis sie permanent werden. Hierdurch wird wesentlich die Prognose beeinflusst, weil ein bedeutend erweitertes Herz noch einen gewissen Grad von Energie wieder erlangen kann. Dafür ein Beispiel, in welchem ein schon agonischer Zustand verschwand und der Exitus erst nach sechs Tagen eintrat. Beträchtliche Dilatationen entstehen, wenn Individuen mit Klappenfehlern fieberhaft erkranken. Der akuten Dilatation entsprechen Erscheinungen in den Lungen, zuerst unter den vor-



wiegenden Erscheinungen einer Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraume einhergehend, sich aber davon unterscheidend durch die Dampfungsgrenzen und den Wechsel auskultatorischer Erscheinungen, Kongestionen, durch die Herzdilatation bestimmt, in verschiedener Intensität und Ausbreitung. In andern Fällen gehen Herzdilatationen Lungenblutungen voraus oder sind gefolgt von Stauungserscheinungen in der Leber.

Der Ausgleich der Erscheinungen wird beherrscht vom Innervationsapparat und der Intaktheit des Herzmuskels. Von wesentlichem Einfluss ist die Ruhe und eklatant ist die Wirkung der Digitalis, außerdem scheint es, dass der mechanische Reiz der Perkussion unter Umständen erregend auf das Herz wirkt, es zu stärkerer Kontraktion anregt.

Finkler (Bonn).

---

190. **Braun.** Über die Herkunft von Botriocephalus latus.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 119).

Die Beobachtung, dass alle Thiere, in denen Botriocephalen vorkommen, Fischesser sind und dass schon in Fischen Jugendzustände von Botriocephalen gefunden wurden, veranlassten Verf. in Dorpat die gewöhnlich dort auf den Markt kommenden Fische zu untersuchen. Er fand, dass in den Geschlechtsdrüsen, der Muskulatur, Leber, Milz etc. des gewöhnlichen Hechtes und der Quappe (Lota vulgaris) (beides Fische, die dort eine gewöhnliche Nahrung bilden) zahlreiche junge Botriocephalen vorkommen. Es gelang aber auch weiterhin solche Scolices auf Hunde und Katzen zu übertragen und unter Anwendung aller Kautelen zur Vermeidung von Beobachtungsfehlern aus jenen Scolices geschlechtsreife Thiere zu erzielen. Diese so erhaltenen Botriocephalen stimmten genau mit den menschlichen überein. Damit ist der Beweis erbracht, dass die genannten Fische die Infektionsquelle für den Botriocephalus abgeben.

Ribbert (Bonn).

---

191. **Archambault.** Traitement de la syphilis infantile congenitale. Behandlung der ererbten Syphilis bei Kindern.

(Gaz. des hôpitaux 1882. No. 51.)

An die Spitze stellt Verf. die prophylaktische Behandlung der syphilitischen Mutter in der Gravidität, welche selbst vorgenommen werden soll, wenn bei latenter Syphilis erst einige Jahre seit der letzten Manifestation verstrichen sind. Bei der Behandlung des Kindes selbst ist die merkurielle Methode allen anderen vorzuziehen. Verf. hält die Kalomelbehandlung für unbequem und giebt dem Sublimat entschieden den Vorzug. Er beginnt gewöhnlich mit einer Dosis von 0,0015 g und steigt je nach der Schwere des Falles auf 4—5 mg pro die. Eine sehr zweckmäßige Darreichungsweise ist der Liqueur de van Swieten, eine Sublimatlösung, welche eine höchst

genaue Dosirung zulässt; 30 gtt. = 0,0015 Sublimat. Die Kur findet ihr Ende mit dem Schwinden aller Symptome, eine Quecksilberintoxikation kommt bei Kindern nicht vor. Magen- resp. Darmerscheinungen veranlasste die Sublimatbehandlung nicht, im Gegentheil verschwinden solche schnell; wo sie sehr heftig sind, kann man $^1/_2$ bis 2 gtt. Laudanum zusetzen, oder man giebt 0,05 Hydrarg. cum. cret. mit $^1/_2$ gtt. Laudanum. Die Inunktionskur hält Verf. wegen der Empfindlichkeit der Haut für unzweckmäßig, auch unzuverlässig; nur für leichte Fälle genügt sie. In schweren Fällen muss man sie mit der internen Behandlung kombiniren. Sublimatbäder können bei Syphiliden die innerliche Behandlung unterstützen.

Kohts (Straßburg).

---

192. **Stumpf.** Über die Veränderung der Milchsekretion unter dem Einfluss einiger Medikamente.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXX. Hft. 3 u. 4. p. 201.)

Für die Quantität und Qualität der Milch muss in erster Linie von Bedeutung sein die Entwicklung des Milch bereitenden Organs. Individualität, Thierart und Rasse sind zunächst für die Quantität bestimmend; Fett-, Eiweiß-, Zuckergehalt gehen durchaus nicht mit dem Gesammtertrag parallel. Das Alter hat geringeren Einfluss auf Quantität und Qualität. Mit der Dauer der Laktation zeigt die Quantität Anfangs eine Zunahme, später eine Abnahme. Die qualitativen Verhältnisse zeigen dabei keine übereinstimmenden Veränderungen. Augenscheinlichen Einfluss gewinnen die physiologischen und pathologischen Vorgänge im Genitalapparat. Bei akuten und chronischen Erkrankungen scheint das Fieber eine Verminderung der Gesammtmenge, eine Abnahme des Zuckergehaltes, aber Vermehrung des Eiweißgehaltes herbeizuführen.

Es ist sicher, dass die Nahrung einen Einfluss auf die Milchsekretion ausübt, da diese aber nicht absolut von der Nahrung und der Eiweißzersetzung abhängig ist, so kann die Milch nicht für ein einfaches Transsudat gehalten werden, sondern sie wäre gewissermaßen als ein verflüssigtes Organ aufzufassen. Auflösung der Epithelien oder Entleerung des Inhaltes der Epithelzellen (Stricker und Langer und Partsch). Rauber bestreitet das Zugrundegehen der Epithelien und betrachtet die Alveolarmembran als »reine Dialysenmembran«. (Auswanderung lymphoider Zellen.) Von Nervengebieten steht eine hohe Bedeutung der sensiblen Nerven der Haut (Saugen und Melken, Faradisation der Haut) auf die Milchsekretion fest.

Wenn (nach Röhrig und Winkler) Mittel, die den Blutdruck erhöhen, momentan die Milchsekretion vermehren, so scheint es doch, nach der Gesammtmenge zu urtheilen, keine »milchtreibenden Mittel« zu geben. Der Qualität nach ist eher eine Beeinflussung der Sekretion denkbar. Dass Arzneistoffe in die Milch übergehen ist sicher. Das beweisen der Übergang von Farbstoffen, von fremden



Fetten, Erkrankungen, welche der Säugling durch die Milch der Amme acquirirt.

Alle Versuche früherer Autoren lösten nicht die Frage, welche Verf. in Angriff nimmt, »ob die Zufuhr von Arzneimitteln die Sekretionsgröße beeinflusst, oder die Qualität der Milch verändert, mit anderen Worten, ob dieselbe im Stande ist, die Drüsenthätigkeit zu alteriren.

Es wurde von Metalloiden das Jod, von schweren Metallen das Blei, von Alkaloiden Morphium und Pilokarpin, von aromatischen Substanzen Salicylsäure, von Alkoholen Äthylalkohol zu Versuchen benutzt.

Die Methoden der Milchuntersuchung, die Versuchsanordnung und Kritik der Litteratur liefern eine große bedeutende Arbeit, deren Schlusssätze in knapper Form allein hier wiedergegeben werden können:

»I. Veränderungen der Quantität der Milch.

1) Jodkalium bewirkt eine beträchtliche Verminderung der Milchsekretion.

2) Alkohol, Morphium, Blei verändern die Quantität der Milch nicht.

3) Salicylsäure scheint die Milchmenge etwas zu vermehren.

4) Pilokarpin ist kein die Milchsekretion beförderndes Mittel.

II. Veränderungen der Qualität der Milch.

1) Jodkalium hat eine Störung der Drüsenfunktion zur Folge und bringt daher das quantitative Verhalten sämmtlicher Milchbestandtheile ins Schwanken.

2) Alkohol und alkoholische Getränke vermehren nur den Fettgehalt der Milch und sind als diätetisches Mittel zur Beförderung der Milchsekretion zu verwerfen.

3) Blei, Morphium und Pilokarpin verändern die Qualität der Milch so gut wie gar nicht.

4) Salicylsäure scheint eine Vermehrung des Zuckergehaltes zu bewirken.

III. Übergang der Arzneistoffe in die Milch.

1) Das Jod geht rasch in die Milch über und verschwindet beim Menschen sofort nach Beendigung der Jodzufuhr wieder. Beim Pflanzenfresser dauert der Jodgehalt der Milch länger an. Die Quantität des in die Milch übergehenden Jods ist kein bestimmter Bruchtheil des eingeführten Mittels, sondern unterliegt beträchtlichen Schwankungen, besonders auch individuellen Verschiedenheiten. Eine therapeutische Verwendung »jodisirter« Milch ist daher zu verwerfen. Das Jod ist in der Milch nicht als Jodkali gelöst, sondern an das Kasein gebunden.

2) Der Alkohol geht beim Pflanzenfresser nicht in die Milch über.

3) Blei geht bei Zufuhr kleiner Mengen nur in Spuren in die Milch über, der Bleigehalt der Milch überdauert einige Zeit die Bleizufuhr.

4) Salicylsäure geht auch bei Darreichung großer Dosen nur in sehr geringen Mengen in die Milch über, bei Menschen in etwas größeren Mengen als beim Pflanzenfresser.« **Finkler** (Bonn).

---

193. **Schmidt-Mülheim.** Untersuchungen über fadenziehende Milch.

(Pflüger's Archiv Bd. XXVII. Hft. 11.)

Im milchwirthschaftlichen Institute zu Proskau bot sich dem Verf. die Gelegenheit zur Untersuchung sogenannter fadenziehender oder schleimiger Milch. Dieser Milchfehler ist dadurch charakterisirt, dass zunächst normal erscheinende Milch nach einigem Stehen eine schleimige Beschaffenheit annimmt und dass sie sich jetzt in lange Fäden ausspinnen lässt. Da längst feststeht, dass derartige Milch eine ausgesprochene Infektionsfähigkeit besitzt und man mittels minimaler Mengen derselben große Quantitäten gesunder Milch innerhalb kurzer Frist fadenziehend zu machen im Stande ist, so liegt die praktische Wichtigkeit der hierauf bezüglichen Untersuchung auf der Hand.

Außerdem ist die Ursache der Veränderung ein theoretisch interessanter Gährungsvorgang. Verf. konnte leicht charakteristische Mikroorganismen auffinden und nachweisen, dass sie das Ferment der schleimigen Gährung bilden.

Rücksichtlich der Details der sorgfältigen Untersuchung muss auf das Original verwiesen werden; hier sei nur noch erwähnt, dass der Angriff des Fermentes den Milchzucker und nicht das Kasein betrifft.

Temperaturen über 60° C. vernichten das Ferment, eben so circa 2% Zusatz der gewöhnlichen Antiseptica.

Kochen resp. Erwärmen der Milch auf 60—70° verhindern den Fehler. Behandeln der Gefäße mit heißem Wasser macht die Ausbreitung unmöglich und glaubt auch Verf. unreinen Gefäßen den Ursprung zuschreiben zu müssen, da wohl kaum das Ferment mit der Milch den Euter verlässt. **Kochs** (Bonn).

---

194. **Brockhaus** (Godesberg). Studien am Menschen über die Giftigkeit der Verunreinigungen des Kartoffelbranntweins. Nach eigenen Versuchen.

(Centralblatt für öffentl. Gesundheitspflege 1882. p. 146.)

»Die Versuche beziehen sich auf 6 Stoffe, die Hauptbestandtheile der Verunreinigung des Kartoffelbranntweins: Aldehyd, Paraldehyd, Acetal, Propyl-, Isobutyl- und Amyl-Alkohol. Die drei ersten kommen im Vorlauf vor; die drei letzten bilden den Hauptbestandtheil des Fuselöls. Die neben diesen Alkoholen in Fuselöl sich fin-



denden Spuren anderer Stoffe kann man füglich unberücksichtigt lassen.« B. hat selber die Stoffe entweder Morgens nüchtern mit Wasser, oder Nachmittags oder Abends mit Wein oder gutem alten Kognak eingenommen.

Der Aldehyd wirkte heftig reizend auf die Schleimhaut der ersten Wege, und in zweiter Linie auf das Nervensystem. Die Erscheinungen gehen rasch vorüber. Die leichter berauschende Wirkung junger Weine scheint sich nach B. zum Theil hierauf zu beziehen.

Die Wirkungen des Paraldehyds und Acetals sind ähnlicher Art, aber nicht so vorübergehend. Nachwirkungen ließen sich noch am nächsten Tage verspüren. Für die Alkohole (Propyl-, Isobutyl-, Amyl-) ergaben sich die Erscheinungen des Brennens im Munde, Hitze im Kopf, Stirnkopfschmerz, Erstickungsgefühl, Übelkeit, Berauschtsein in mit der Formel des Alkohols aufsteigendem Grade.

Amylalkohol erwies sich als sehr heftig wirkendes Gift. Jedenfalls steht der Schluss fest, dass »die Verunreinigungen des Kartoffelbranntweins auf den menschlichen Organismus ganz unvergleichlich viel stärkere Wirkungen ausüben als der Äthylalkohol.« Die Wirkung ist um so stärker, je besser der betreffende Stoff gelöst ist.

»Auf Grund meiner Versuche und obiger Auseinandersetzungen glaube ich mich daher zu dem Schluss berechtigt, dass zwar die Erscheinungen des Alkoholismus am raschesten und intensivsten durch den Missbrauch schlechten Branntweins hervorgerufen werden und dass die Verunreinigungen dieses Letzteren dabei eine wesentliche Rolle spielen, dass aber auch Lösungen von reinem Äthylalkohol, wie wir sie in Bier, Wein und den guten Branntweinsorten vor uns haben, im Übermaß längere Zeit hindurch genossen, Schädigungen der menschlichen Gesundheit herbeiführen, und zwar um so schneller und in um so stärkerem Grade, je koncentrirter die Lösung des Äthylalkohols ist. Ziehen wir daraus die Nutzanwendung für die Praxis, so folgt:

1) Das Feilhalten und der Ausschank unreiner Branntweine ist zu verbieten.

2) Da eine Reinigung der gewöhnlichen billigen Branntweinsorten des Konsums nach den bis jetzt gebräuchlichen Methoden nur unvollständig erreicht wird, da ferner auch der reine Äthylalkohol in koncentrirtem Zustande kein für den menschlichen Organismus indifferenter Stoff ist, so ist die Verwendung des Branntweins als Genussmittel überhaupt in jeder Weise zu bekämpfen.«

Finkler (Bonn).

---

195. **Otto Seifert.** Über Behandlung von Diphtheritis mit Chinolin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 22, 23 u. 24.)

Chinolin, ein Bestandtheil des Steinkohlentheers, wurde von Runge zuerst dargestellt. Die freie Base ist in Wasser unlöslich,



leicht löslich in Alkohol, Äther, Chloroform, Benzin; das weinsteinsaure Salz eignet sich besonders zum inneren Gebrauch. Donath fand, dass eine 0,2%ige Lösung des Chinolins schon eine starke antiseptische Wirkung besitze, stärker als unsere gewöhnlichen Antiseptica.

Verf. benutzte Chinolinum tartaricum als Antipyreticum und kam so auf den Gedanken, seine antiseptische Wirkung bei der Diphtherie zu probiren. Anfangs wurde dieses Salz zur Bepinselung der afficirten Rachenpartien und zwar in 5%iger wässriger Lösung angewandt. Der unangenehme Geruch und Geschmack, so wie seine schlechte Löslichkeit veranlassten Verf., in seinen späteren Versuchen eine 5%ige Lösung von Chinolinum purum in Wasser und Alkohol ana anzuwenden; daneben als Gurgelwasser:

Chinolin. pur. 1,0
Aq. destill. 500,0
Spir. vin. 50,0
Ol. Menth. pip. gtt. II.

Er trägt der Kasuistik durch Mittheilungen mehrerer Fälle Rechnung, die er in leichte und schwere theilt.

Die ersteren 10, dazu 2 mit Chinolin. tartar. behandelt und 4 Fälle, komplicirt mit Endo- oder Perikarditis, zeigen eine prompte Wirkung; nach 12 Stunden Nachlass der Schlingbeschwerden und nach 48 Stunden Verschwinden der diphtheritischen Membranen. Die subjektiven Erleichterungen des Schlingaktes waren so bedeutend, dass die Pat. sich gern weitere Pinselungen gefallen ließen.

Im Anschluss an diese Fälle erwähnt Verf. noch: Bei einer Wärterin der Diphtheritiskranken schloss sich nach einer Angina ohne diphtheritischen Belag doch eine Endokarditis an, und bei einem 15jährigen Pat. mit diphtheritischen Belegen beider Tonsillen und diphtheritischen Geschwüren an der oberen und unteren Zungenfläche reinigten sich nur die bepinselten Stellen.

In der Rubrik der schweren Fälle werden 7 aufgezählt. Es handelte sich um Scharlachdiphtheritis, hochgradige diphtheritische Affektionen des weichen Gaumens und der Trachealwunde, der Choanen und zwei Fälle komplicirt mit Angina phlegmonosa. Von den beiden letzten Fällen mit Gangrän der Tonsille und einem letal verlaufenden Falle eines $1^1/_2$jährigen Kindes, welches vorher äußerst anämisch war, Zeichen von Bronchialdrüsenschwellung und kongenitaler Syphilis dargeboten hatte, abgesehen, zeigte sich in allen übrigen, dass das Chinolin »eine kräftige antiseptische Wirkung besitzt, in hohen Koncentrationsgraden lokal angewandt werden darf, ohne irgend welchen Nachtheil allgemeiner Art weder für Kinder noch für Erwachsene, dass die Einwirkung (auch bei hohen Koncentrationsgraden) auf die Schleimhäute eine rasch vorübergehend unangenehme ist, nur ein geringes Gefühl von Brennen verursacht«. Zum Schluss betont Verf. den schmerzstillenden Einfluss der Chinolinbehandlung



und fordert zur weiteren Prüfung dieses Mittels dringend auf. Die gebrauchten Haar- resp. Baumwollenpinsel werden sofort verbrannt.

Menche (Bonn).

---

196. **Nahmmacher.** Über den therapeutischen Werth der Chinolinpräparate. (Aus der Greifswalder medicinischen Klinik.)

(Wiener med. Blätter 1882. No. 21, 22 u. 23.)

Verf. hat zunächst die Präparate Chinolinum tartaricum und tannicum bei Kaninchen geprüft. Die Substanzen wurden in Lösungen, aus denen sie sich allerdings leicht niederschlugen, subkutan injicirt. Der Effekt war in den beschriebenen Versuchen stets eine Temperaturabsenkung beim normalen Thier (Biach und Loimann). Der Abfall wurde gewöhnlich innerhalb einer Stunde erreicht. Ihm folgte eine Erhebung der Temperatur gewöhnlich über die Norm. Den erkennbaren auffälligen Wechsel der Respirationsfrequenz hält Verf. mehr für die Folge des Insultes und der Angst, und bestätigt nicht ohne Weiteres die von Biach und Loimann gefundene Herabsetzung der Athemfrequenz.

Bei Menschen wurde das Mittel in einer Reihe von Fällen in Anwendung gebracht:

Ein Fall von Febris intermittens. Es wird mehrere Male in Zwischenräumen von einer Stunde je 0,5 Chinol. tartaric. in Oblate gegeben. Die Anfälle wurden weder verzögert, noch in ihrer Heftigkeit beeinträchtigt.

Ein Fall von Typhus recurrens wurde in der fieberfreien Zeit mit Chinol. tannicum behandelt. Da eine Abnahme der Milz nicht eintritt, wird die Behandlung verlassen.

In einem Falle von Typhus abdominal. wird von der fortgesetzten Anwendung Abstand genommen, da eine Temperatur herabsetzende Wirkung nicht zu konstatiren war.

In einem angeführten Fall von Phthise und einem von Typhus exanthematicus ist ebenfalls kein Einfluss verzeichnet, so dass Verf. schließt, dass in den von ihm angewandten Dosen (bis zu 2,0 pro die) in den angeführten Fällen kein antifebriler Effekt zu erzielen war, selbst nicht in Fällen, bei denen die Wasserbehandlung die Temperatur faktisch herabsetzte. Nur schien bei dem Phthisiker die nächtliche Schweißsekretion herabgesetzt zu werden. Zu Gunsten des Mittels spricht der Umstand, dass ihm die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinins nicht zukommen; Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen ist nicht bemerkt worden. Verf. zieht nach Versuchen an sich die Einnahme der Pulver der der Lösungen vor.

Finkler (Bonn).



197) W. Hesse. Über quantitative Staubbestimmungen in Arbeitsräumen.

(Eulenberg's Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin etc. Bd. XXXVI. Hft. 2. p. 329—339.)

Verf. hat die in verschiedenen Arbeitsräumen zur Arbeitszeit befindliche Staubmenge zu bestimmen versucht. Die Versuchsanordnung war folgende: vermittels eines Tropfenaspirators wurde die staubhaltige Luft durch ein mit einer Gasuhr in Verbindung gebrachtes Glasröhrchen gesogen, das mit Watte (oder Glaswolle) gefüllt war. Dieses Glasröhrchen war etwa 8 cm lang, besaß einen Durchmesser von ungefähr 1 cm, war an beiden Enden mit gut eingeriebenen Glasstöpseln versehen, und wog mit diesen etwa 7 g. Die Watte wurde in dasselbe in zwei von einander gesonderte Bäuschchen eingeführt, von denen das vordere zur Aufnahme des Staubes diente. Das hintere wurde nach Beendigung des Versuches herausgezogen und vorn hineingesteckt, um den vor dem vorderen Bäuschchen im Glasrohr liegen gebliebenen Staub zu sammeln und zurückzuschieben, so dass beim Aufsetzen und Wegnehmen des Glasstöpsels ein Staubverlust nicht mehr zu befürchten war. Vor und nach dem Versuche wurde das Röhrchen (incl. Watte, resp. Watte und Staub) einige Tage hindurch offen im Exsiccator über koncentrirter Schwefelsäure aufbewahrt, danach mit den Stöpseln verschlossen gewogen.

Die Differenz zwischen beiden Wägungen gab das Gewicht des Staubes an, der in einer durch die Gasuhr gemessenen Luftmenge enthalten war. Aus praktischen Gründen musste der Apparat immer an einem vor Störungen sicheren Ort, also von dem Standpunkt der Arbeiter etwas entfernt aufgestellt werden und konnte desshalb immer nur erheblich geringere Mengen Staubes angeben, als der Arbeiter wirklich einathmete. Verf. hält trotzdem seine Beobachtungen für wichtig genug, um andere Forscher zu ähnlichen Versuchen anzuregen. Seine Versuchsobjekte waren Filzschuhfabrik, Kunstmühle, Mahlmühle, Bildhauerei, mechanische Weberei, Papierfabrik (Hadersaal), Hutfabrik, Eisengießerei, Bürstenfabrik, Kohlengrube, Erzgrube und zum Vergleich seine eigenen Wohnräume. Während letztere nur unwägbare Staubpartikelchen ergaben, fanden sich in den übrigen Versuchen sehr verschiedene Staubmengen von 0,002 bis 0,175 g in 1 cbm. Verf. berechnet aus den gefundenen Zahlen die Menge Staubes, welche ein Arbeiter muthmaßlich im ganzen Jahr einathmet. Die geringsten Quantitäten ($3^1/_2$ bis $4^1/_2$ g) bietet die mechanische Weberei, die höchsten (107,55 und 150 g) das Eisenwerk im Putzraum. Die mikroskopische Untersuchung zeigt fast in allen Fällen Detritus der verarbeiteten Stoffe.

Verf. betont ausdrücklich, dass er im Allgemeinen nur sehr geringe Schädigungen der Gesundheit der Arbeiter in Folge der Staubinhalationen gefunden habe, dass er desshalb glaube, deren Schädlichkeit werde, wenn sie nicht giftige Stoffe betreffe, wie beispielsweise Arsen, überschätzt. Er glaubt, dass die ihnen zugeschriebene



Gefährlichkeit wahrscheinlich anderen Agentien, dem Arbeitslokal, der Art der Arbeit, der Stellung des Körpers, der Arbeitszeit, der Lebensweise und Ernährung etc. zuzuschreiben sei; auch würde ein nicht unerheblicher Theil des eingeathmeten Staubes theils in der Nase zurückgehalten, theils wieder ausgeathmet.

In hygienischer Beziehung betont Verf. die Wohlthätigkeit kräftiger Ventilation und verbesserter Produktionsweisen. Er erwartet von ferneren und erweiterten Untersuchungen Feststellung darüber, welche Eigenschaften des Staubes es sind, die schädlich wirken, über welche Grenze die Staubproduktion nicht hinausgehen darf und wie die schädlichen Einflüsse des Staubes zu beseitigen oder zu mildern sind. **Leo** (Bonn).

Kasuistik.

198. **M. Deutsch.** Zur Pathologie und Therapie der Cardialgien.
(Wiener med. Blätter 1882. No. 23.)

Ein 37jähr. Mann bekam gewöhnlich um Mitternacht einen intensiven Schmerz im rechten Hypochondrium und der Magengrube. Der Schmerz war von enormer Heftigkeit, es wechselten schwächere und stärkere Paroxysmen; Genuss von Speisen etc. hatte für das Auftreten keine Bedeutung. Warme Milch pflegte ihn herabzusetzen. Früher hatte Pat. an Tic douloureux gelitten. Selbst bei vollem Bewusstsein gerieth bei ihm der rechte Oberschenkel oft in konvulsivische Bewegungen, bei geschlossenen Augen geräth er stehend in deutliches Schwanken, wobei heftige fibrilläre Zuckungen der Augenlider eintraten. Diese Umstände und die Erfolglosigkeit lokaler Magentherapie durch Auspumpen etc., so wie der gastroskopische Nachweis der Intaktheit der Magenwände, begründeten die Diagnose der »Cardialgie als Ausdruck eines allgemeinen durch Irradiation entstandenen Leidens«. Als unterstützendes Moment wurde Anämie in Betracht gezogen.

D. ließ den Pat. täglich 4,0 einer Mischung von Ammonium und Natron bromatum āā mit einer Quantität doppeltkohlensauren Natrons nehmen, und zwar Abends vor dem Schlafengehen und auf nüchternen Magen. Dreimal täglich nach dem Essen nahm der Kranke 30 Tropfen Ferr. oxydat. dialysat. Unbeschränkte Diät, Wein und Bier erlaubt. Schon drei Tage nach Beginn dieser Medikation blieben die Anfälle aus. Pat. blieb vollkommen geheilt. **Finkler** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 15. **Sonnabend, den 22. Juli.** **1882.**

199. **Landerer.** Einige Versuche über Gerinnung und über gelungene Transfusion nicht geschlagenen Blutes.

(Archiv für experiment. Pathol. und Pharmakol. Bd. XV. Hft. 5 u. 6. p. 427.)

Da auch im geschlagenen Blute das Fibrinferment sich bilden kann, und dadurch die Gefahr der Gerinnung nicht ausgeschlossen ist, suchte Verf. nach einer Möglichkeit, die Bildung oder Wirkung dieses Fermentes zu verhindern, ohne zugleich das Blut in seiner Beschaffenheit durchaus zu verändern. Da der Zusatz fermentwidriger Substanzen (Sublimat, Jod, Borsäure, Salicylsäure und Chinin) ohne Erfolg war, und die einfache Verdünnung nicht genügend Gerinnung verhindert, Verf. aber den gerinnungsverhindernden Einfluss der Säure, speciell der Kohlensäure, kannte, so versuchte er durch Einwirkung von Kochsalz und Kohlensäure zum Ziele zu gelangen. Es erwies sich, dass eine Kochsalzlösung von 6 pro mille mit Blut gemischt bei einem Verhältnis des Blutvolumens: Kochsalzlösung =



2 : 1 8 Minuten, = 5 : 4 10 Minuten, = 5 : 6 14 Minuten, = 3 : 8 40 Minuten lang die Gerinnung hinausschob. Nahm L. eine Kochsalzlösung, welche bei 5° C. mit Kohlensäure gesättigt war, so blieb bei Mischungsverhältnis 1 : 4 die Mischung 2 Stunden lang, bei 1 : 5 2½ Stunden lang vollkommen flüssig. Mit solchen Lösungen wurden nun 2 Transfusionsversuche gemacht. Die Blut-Kochsalzlösung wurde dabei auf 15° C. erwärmt. In einem Versuche wurden einem Hunde 1200 ccm Mischung (eignen Blutes mit Kochsalz) unter einem Drucke von 40 cm in ungefähr 5 Minuten infundirt. Etwas röthliche Verfärbung des ersten Harns war die einzige Erscheinung. Verf. findet in diesen Experimenten seine Ansicht bestätigt, dass die erste Gefahr bei traumatischer Anämie nicht in dem akuten Sauerstoffmangel beruht, sondern in der ungenügenden Füllung des Herzens und Arteriensystems, wesshalb auch die Zufuhr selbst einer indifferenten Flüssigkeit die Cirkulation sofort wieder in Gang setzen kann. Durch seine neue Art der Transfusion wird aber zugleich der zweiten Indikation genügt: Zufuhr einer neuen Menge sauerstoffbeladener Körperchen.

Finkler (Bonn).

---

200. **Hagen** (Erlangen). Über Nierenkrankheiten als Ursachen von Geisteskrankheit.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

H. nimmt zur Grundlage seiner Abhandlung 12 fremde und 4 eigene Fälle und theilt dieselben in 2 Gruppen ein, »wovon die eine die Fälle von mehr oder weniger akuter Nephritis oder Bright-scher Krankheit, die andere die Fälle chronischer Nierendegeneration oder Defekte von Nierensubstanz enthält«. Die im Einzelnen mitgetheilten Fälle beweisen nach H.'s Auffassung, dass im Gefolge Bright'scher Krankheit, nicht bloß, wie man bisher vielfach irrthümlich annahm, Coma und Delirien, sondern auch Geisteskrankheiten im eigentlichen Sinne entstehen. Dieselben trugen überwiegend den Charakter der Melancholie, nur in einem Falle handelte es sich um eine länger dauernde Manie; einmal wurden epileptiforme Anfälle, zweimal Konvulsionen zugleich beobachtet. Die Nierenkrankheit war in allen Fällen zweifellos vor der psychischen Störung konstatirt. In einem Falle trat Genesung, in dem anderen schließlich der Tod ein. Bei der 2. Gruppe fand sich einmal hochgradige cystöse Entartung beider Nieren mit Atrophie, im 2. Falle Hydronephrose der einen und Granularatrophie der anderen Niere, im 3. Granularatrophie beider Nieren, im 4. bedeutende Atrophie der linken Niere bei angeborenem Defekte der anderen. Nach den Wägungen anderer Schriftsteller berechnet H. das Durchschnittsgewicht beider Nieren zusammen, beim männlichen Geschlecht zu 320, beim weiblichen zu 280 g, während in drei seiner Fälle der 2. Gruppe das Gesammtgewicht beider Nieren 154, 135 (incl. Cysteninhalt) einmal selbst nur 82 g betrug. Die mit so hochgradigem Mangel der Nieren-



substanz nothwendig verbundene zu geringe Harnausscheidung wirkt aber erst mit zum Auftreten einer wirklichen psychischen Krankheit, wenn die bisherige Kompensation durch anderweitige Stoffausscheidung, welche die Wirkungen der Insufficienz der Nieren ausglich, plötzlich aufhört, wie bei Herzschwäche in Folge deprimirender Gemüthsaffekte, bei Störungen der Hautfunktion oder bei fieberhaften Krankheiten, bei welchen der Zerfall der Gewebe beschleunigt und größere Ansprüche an die Harnsekretion gemacht werden. Die psychischen Störungen können dabei allmählich oder ziemlich plötzlich je nach Art der Entwicklung der urämischen Blutvergiftung in die Erscheinung treten, und zwar als aktive Melancholie oder Manie oder als Delirien. H. betrachtet nach seinen Erörterungen es als unzweifelhaft, dass Nierenkrankheiten bald durch akute, bald durch chronische Urämie zu Ursachen von Geisteskrankheiten werden können.

Oebeke (Endenich).

---

201. **Berger.** Über Tabes dorsalis.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Sitzung vom 8. Juli 1881.)

Herr Elias spricht über eine doppelseitige Dehnung des N. ischiadicus bei vorgeschrittener Tabes. (Der als Aufsatz in der Breslauer ärztlichen Zeitschrift erschienene Vortrag wurde bereits in No. 37 1881 dieses Blattes referirt.)

In der Diskussion hebt B. hervor, dass er schon seit längerer Zeit von der gewöhnlichen Tabes eine Pseudotabes unterscheide, welche die Mehrzahl der für echte Tabes charakteristischen Symptome, auch das Verschwinden der Patellarreflexe darbiete, so dass die Differentialdiagnose äußerst schwierig sei. Diese Pseudotabes wäre nicht ohne Weiteres mit den bisher als akute Ataxien beschriebenen Fällen zu identificiren, sie könne in auffallend akuter Weise zum Ausbruch kommen, andererseits aber auch chronisch sich entwickeln. Unter seinen seit 13 Jahren gesammelten Beobachtungen von Tabes dorsalis sind 9 Fälle, die sich von der großen Zahl der übrigen dadurch abheben, dass sie dauernd geheilt wurden — ohne Nervendehnung. In einem Falle ergab die Obduktion normales Rückenmark. Eine wirkliche Heilung dieser Pseudotabes durch Nervendehnung dürfte nicht Wunder nehmen. Bezüglich der unzweifelhaft echten Tabesfälle von Langenbuch erinnert B. daran, dass auch die echte Tabes gar nicht selten in ihrem Verlauf auffallende Remissionen darbietet. So findet sich häufig eine Besserung der Hautsensibilität, ja Restitution bis zum Tode. Die Besserung der Sensibilität durch Dehnung sei nicht zurückzuführen auf anatomische Einwirkungen auf die erkrankten Partien des Rückenmarks, sondern es würden künstlich Zustände bedingt, wie sie auch spontan sich langsam abwickeln; es dürfte eher an einen molekularen dynamischen Effekt zu denken sein, als an einen direkt anatomischen. Der Vortragende wendet sich nun

gegen die Mittheilungen Langenbuch's in der Berliner klinischen Wochenschrift, welche nicht geeignet schienen, den Enthusiasmus des Autors in weitere Kreise zu tragen. Der theoretische Theil, speciell die Begründung der ad hoc konstruirten Theorie der Tabes, nach welcher dieselbe eine primäre Krankheit der peripheren Nerven sei und erst sekundär zu einer medullären Läsion führe, dürfte kaum genügend erscheinen, um die seit längerer Zeit gültige Anschauung, dass die Tabes ein primär centrales Leiden sei, zu erschüttern. Am entschiedensten wurde die Kritik herausgefordert durch die von Langenbuch mitgetheilte Kasuistik, die eigentliche Grundlage der ganzen Arbeit. In dem mitgetheilten Fall von halbseitiger Seitenstrangsklerose sei die Diagnose in keiner Weise berechtigt, auch die beiden Fälle von multipler Sklerose wären durchaus anfechtbar. Wenn Langenbuch der Ansicht wäre, dass unter dem Schutz der Antisepsis nichts zu verlieren, viel zu gewinnen sei, so könnte Vortragender 2 in Berlin operirte Fälle mit tödlichem Ausgang namhaft machen, auch ein von Socin operirter Fall wäre 15 Tage post operationem durch Lungenembolien, ausgegangen von einer Thrombose der Vena cruralis, letal verlaufen, B. selbst habe einen Fall in Folge der Operation verloren. Den Langenbuch'schen Satz, dass es »Pflicht« der Ärzte sei, gegen die Tabes in erster Reihe die Nervendehnung zu versuchen, hält B. für ungerechtfertigt. Als symptomatische Behandlungsmethode verdiene sie in gewissen Fällen da versucht zu werden, wo andere therapeutische Maßnahmen im Stiche gelassen haben.

Julius Wolff (Breslau).

---

202. **E. Wiet** (Paris). Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs. Beitrag zum Studium der Nervendehnung.

Paris, **Germer-Baillière,** 1882. 168 S.

Im ersten Kapitel dieses Werkes wird die Geschichte und die Litteratur der experimentellen Nervendehnung, zum Theil mit wörtlichen Citaten oder Übersetzungen der Autoren, behandelt; alsdann erörtert der Verf. selbst die Nervendehnung vom experimentellen Gesichtspunkt.

Durch eine starke Dehnung des Ischiadicus entsteht Anästhesie in dessen Gebiet, durch Reize auf der entgegengesetzten Seite werden aber Reflexe ausgelöst, die sich auf den gedehnten Nerven erstrecken; die absteigende Leitung ist also erhalten (eigene Versuche, Laborde, Quinquaud, Scheving).

Es entsteht die Frage, ob die Dehnung auf den Nerven (P. Vogt) oder auf das Rückenmark wirkt (P. Bert). Für letztere Wirkung sprechen W.'s Versuche über Dehnung des Vagus, durch welche im Bulbus sichtbare Injektion, bisweilen sogar leichte Hämorrhagien erzeugt wurden. W. hat mit Marcus untersucht, ob die Dehnung nicht auch die Fähigkeit der Leitung in den sensiblen Fasern selbst aufhebt. Mikroskopisch findet sich in der That bei Osmiumfärbung



der Achsencylinder vom Myelin durch einen gelblichen Ring getrennt. In verschiedenen Epochen konstatirt man alle die gewöhnlichen charakteristischen Zeichen der Entartung. Bei Katzen fand sich 24 Stunden nach der Operation trotz vorhandener Anästhesie noch nirgends eine Veränderung. Nach 8 Tagen sah man Läsionen höher oben nur am centralen Ende, während das periphere normal war. Verf. kommt zu dem Schluss, dass der Verlust der Sensibilität bei fortbestehender Motilität herrührt von morphologischen Modifikationen der sensiblen Fasern, die ihren Ausgangspunkt im Rückenmark haben. Sie beruhen auf einer geringeren Resistenz der centralen Nervenzellen, in welchen die Fasern der hinteren Wurzeln enden. Zu ungefähr denselben Resultaten sind Quinquaud und Scheving gelangt. Nach letzterem leidet bei vorwiegend centraler Wirkung der Dehnung mehr die Sensibilität, bei peripherer Wirkung die Motilität. Prévost fand, wie bei der Nervendurchschneidung, sogenannte Waller'sche Entartung, die je nach der Art der Operation mehr oder weniger ausgedehnt war, in gewissen Fällen aufsteigende Neuritis, Witkowski eben so in gedehnten Nerven entartete und gesunde Nervenröhren.

Weiterhin bespricht Verf. die trophischen Störungen im Gefolge der Nervendehnung. Nach starker Dehnung des Ischiadicus (beim Meerschweinchen) entsteht vom 15.—30. Tage eine Ulceration an den von diesem Nerven versorgten Zehen, die zu einer wahren Gangrän führt, und zwar zur Zeit der Wiederkehr der Sensibilität, d. h. des Beginnes der Regeneration der Nerven. Die Ursache dieser Störungen hat ihren Sitz im Nerven selbst. Häufig beobachtet man auch in diesen Fällen Anschwellungen (tumeurs blanches, Prévost) und elephantiasisartige Veränderungen aller Gewebe incl. der Knochen (Wiet, Quinquaud). So entstand bei einem Meerschweinchen, an welchem ein Ischiadicus bis zur kompleten Anästhesie gedehnt war, nach einer Woche Schwellung besonders der äußeren Partie des Gliedes, die während der nächsten 3 Wochen bis zu enormer elephantiastischer Auftreibung zunahm. Es fand sich eine Neuritis, Infiltration des Zellgewebes mit embryonalen und fibrillären Elementen und seröser Flüssigkeit, starke Entwicklung der Gefäße, ohne Eiterbildung. Nach 1 Monat dehnte sich der Process bis zur Hüfte aus. Dieselben Veränderungen wurden in einem 2. Falle beobachtet. Außerdem kommt es zu anhaltender Muskelatrophie, wie in folgender Beobachtung Quinquaud's. Am 16. Tag nach der Operation, welche vollständige Anästhesie bewirkt hatte, Untergang der mittleren Zehe, weiterhin Erschlaffung und Volumsverminderung der Schenkelmuskeln um ein Viertel der Dicke. 4 Monate später ist die Atrophie trotz der Wiederkehr der Sensibilität nicht verschwunden. Die Nerven befanden sich im Regenerationsstadium.

W. beobachtete ferner schwere trophische Störungen in verschiedenen Theilen des Ohres nach Dehnung des Vagus (s. unten).

Dass man beim Menschen relativ selten trophische Störungen wahrgenommen hat, liegt wohl daran, dass die Dehnung relativ

schwächer als an den Thieren ausgeführt wird. Gillette fand an der Leiche, dass der Ischiadicus bis zum Zerreißen im Mittel 150 Pfund, der Medianus, Radialis und Ulnaris im Mittel 90 Pfund trägt, Billroth hat nach einer Ischiadicusdehnung am Menschen Entzündung aller Nagelbetten beobachtet.

Ein weiterer Effekt der Nervendehnung ist die von Quinquaud wiederholt konstatirte und als »Transfert méchanique« bezeichnete Thatsache, dass in einem bis zur Anästhesie gedehnten Ischiadicus die Sensibilität wiederkehrt, wenn der gleiche Nerv auf der anderen Seite nachträglich gedehnt wird; das Gleiche findet auch Statt im Gebiet des gedehnten Ulnaris bei nachfolgender Dehnung des Ischiadicus. Es handelt sich hier also um ein »phénomène à distance« wie es Brown-Séquard in ähnlicher Weise beschrieben, um eine Modifikation des Tonus der Nervenzellen. Prévost konnte Quinquaud's und Brown-Séquard's Versuche nicht bestätigen. Dass hier aber eine Reizung des Rückenmarks angenommen werden muss, dafür spricht auch die Beobachtung von Quinquaud und Prévost (die von W. und Laborde bestätigt werden konnte), wonach bisweilen durch Ischiadicusdehnung wahre Spinalepilepsie hervorgerufen wird. Es liegt hier eine eigenthümliche Analogie vor zwischen den Resultaten der Nervendehnung und der halbseitigen Durchschneidung des Rückenmarkes. Dagegen fielen Prévost's Versuche, durch Nervendehnung die künstliche Epilepsie an Thieren zu heilen, negativ aus.

In einem 2. Kapitel behandelt der Verf. die Nervendehnung als ein Verfahren bei physiologischen Versuchen. Die interessanteste Erscheinung bei der Nervendehnung ist der Moment, in welchem bei intakter motorischer Leitung die sensible vernichtet ist. Dieser Punkt, von früheren Experimentatoren nicht genügend beobachtet, gestattet eine physiologische Zergliederung der Funktionen des Nerven und verschafft uns da noch Aufklärung, wo das Mikroskop im Stiche lässt. Die Dehnung ergänzt gewissermaßen die Wirkung des Curare. Es ist als Ergänzung zu den Studien der Nervenfunktionen von Interesse, die Phänomene zu beobachten, welche bei centraler und peripherer Dehnung, so wie bei beiden gleichzeitig zu Tage treten. In dieser Weise haben Verf. und Marcus die Funktionen des Vagus studirt.

Dehnt man bei einem Kaninchen beide Vagi centralwärts, so entsteht zunächst in beiden Ohren eine beträchtliche Kongestion, einige Minuten später aber Kontraktion und nach kurzer Dauer anhaltende Dilatation der Gefäße, gleichzeitig vollständige doppelseitige Myosis; Tags darauf Athembeschwerden und sehr häufig Tod unter Asphyxie. Bei der Sektion finden sich Veränderungen wie bei einer Pneumonie. Bisweilen erfolgt auch in ca. 3 Wochen Heilung. In gewissen Fällen treten am 2. Tag vorübergehend Spuren von Zucker im Harn auf, was jedenfalls auf die Erschütterung des Nervencentrums zu beziehen ist. Einige Tage nach der Operation sieht man

eine Hyperämie unter der Ursprungsstelle der Vagi, in der oberen Partie der von Duval beschriebenen vasomotorischen Zone. Durch einen ähnlichen Mechanismus erklären sich auch die trophischen Störungen am Ohr, welche die Verf. später unter ähnlichen Bedingungen konstatirt haben, nämlich Fluxionen, Hämorrhagien und Eiterungen.

W. hat ferner mittels der graphischen Methode die Veränderungen der Respiration und des Herzschlages studirt. Schon das bloße Erfassen des Nerven mit irgend einem Instrument wirkt hier als leichte Dehnung; deutlicher aber treten die Veränderungen in die Erscheinung bei heftiger Dehnung, insbesondere beider Seiten. Bei erhaltenem Rhythmus wird die Zahl der Respirationen 3mal geringer als vor der Operation. Die Kurve steigt rasch an, wird dann flach und sinkt langsam ab. Die Athemexkursion erfährt eine beträchtliche Zunahme. Auch der Herzstoß erleidet eine der Respiration proportionale Verlangsamung und Zunahme der Energie. Nach 25 Minuten bessern sich die Phänomene; es bleibt jedoch noch ein Plus in der Exkursion und eine geringere Geschwindigkeit zurück. Diese Erscheinungen rühren zweifellos her von einer Herabsetzung der Leitung für die bulbäre Erregung. Denn beim Kaninchen wie beim Hunde hat die Erregung der Vago-Sympathici mittels des primären Stromes nie völligen Herzstillstand bewirken können, so lange künstliche Respiration unterhalten wurde.

In dem klinischen Theile seines Werkes bringt W. eine reichhaltige Kasuistik der Nervendehnung, zum Theil in wörtlichen Citaten oder Übersetzungen der Autoren. Zunächst werden 9 Beobachtungen von Tetanus aufgeführt, worunter 2 von P. Vogt, bei denen gar keine Nervendehnung stattfand. Von dem gleichen Autor wird ein und derselbe Fall als 2 verschiedene Beobachtungen citirt. Dann folgen 3 durch Nervendehnung behandelte Fälle von Kontrakturen (Billroth, Nussbaum, Gartner), ferner 3 Fälle von Lähmungen, 1 Neuritis, 6 Fälle von Tic convulsif (Bernhardt, Putnam, Schüssler, Eulenburg), 18 Fälle von Neuralgien, worunter mehrere Trigeminusneuralgien mit Blepharospasmus. W. hat das excidirte Stück eines wegen Neuralgie gedehnten N. supraorbitalis histologisch untersucht. Die Nervenfasern waren ihrer Markscheide beraubt und reducirt auf Achsencylinder und Schwann'sche Scheide. Der gleiche Befund ergab sich an einer Leiche, wo man gleichzeitig beobachtete, dass die Dehnung des genannten Nerven bis zum Ganglion Gasseri wirkte. Die überlegene Wirksamkeit der Dehnung gegenüber der Durchschneidung und Excision hängt daher ab von einer Erschütterung, die sich von den Nerven bis auf die Centren und Ganglien erstreckt. Für diese Fernwirkung spricht auch die Beobachtung des Verf., dass bei einer Dehnung des N. infraorbitalis reichlicher Schleim aus der entsprechenden Nasenhälfte floss (Reizung des Gangl. spheno-palat.), während nach der Operation die Nasenhälfte trockener war als die andere. Wenn auch der nach dieser Opera-



tion bei Neuralgien verflossene Zeitraum noch nicht ausreicht, um von einer definitiven Heilung zu sprechen, so ist doch ein augenblicklicher eklatanter Erfolg nicht zu bestreiten. Im Anschluss hieran giebt W. des Genaueren das operative Verfahren an bei der Dehnung des N. supra- und infraorbitalis. Dann folgen 2 Fälle von Lepra anaesthetica aus der Litteratur, die mit Nervendehnung behandelt wurden, endlich 6 mit Dehnung behandelte Fälle von Tabes (v. Langenbuch, Esmarch, Erlenmeyer, Sury-Bienz und eigene Beobachtungen). Unter den letzteren war ein weit vorgeschrittener Fall im paralytischen Stadium, welchen Gillette operirte. In diesem verschwanden die Schmerzen vollständig auch in den nicht operirten Gliedern, die Sensibilität besserte sich bis zur Norm, auch das Muskelgefühl, so wie die Ataxie wurden gebessert, während die Sehnenreflexe nicht wiederkehrten, die Myosis fortbestand. Ähnlich waren die Resultate in einem 2. Falle.

Weiterhin giebt der Verf. das von P. Vogt angegebene Operationsverfahren bei der Freilegung der wichtigsten Nerven in wörtlicher Übersetzung und mit Kopien der Abbildungen wieder.

Die Schlussfolgerungen, zu welchen W. gelangt, sind folgende:

I. Die Dehnung eines gemischten Nerven, welche einen Zug direkt auf das Centralorgan ausübt, vernichtet die Sensibilität in dem Gebiet dieses Nerven; sie verschont — wenn nicht übertrieben — die Motilität.

II. Die mit großer Kraft ausgeübte Dehnung verursacht trophische Störungen in dem vom gedehnten Nerven versorgten Gebiet.

III. Die Dehnung kann als experimentelles Verfahren dienen zur Prüfung der Funktion der Nerven. (Die Dehnung des Vagus ruft Pneumonie und manchmal Glykosurie hervor; sie bewirkt eine reflektorische Gefäßerweiterung des Ohres und Myosis, endlich eine Verlangsamung der Respiration und des Herzschlages.)

IV. Die Nervendehnung kann also, da sie sich besonders gegen die sensible Sphäre wendet, ausschließlich Anwendung finden gegen heftige Neuralgien und gegen die fulguranten Schmerzen der Ataxie.

Man muss daran denken, dass sie große Zufälle und in gewissen Fällen selbst den Tod herbeiführen kann.

Stintzing (München).

---

203. **Gruetzner.** Über elektrische Nervenreizung.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Sitzung vom 15. Juli 1881.)

Die außerordentlich verschiedenen Erfolge eines elektrischen Reizes an einem und demselben Nervenstamme wären zurückzuführen auf die algebraische Addition des Reizstromes mit dem Nervenstrome. Letzterer sei stark entwickelt am Querschnitt oder an Quetschungsstellen. Überall mache sich die Wirkung des Nervenstromes als Reiz herabsetzendes oder erhöhendes Moment sehr bemerklich, besonders



wo schwache elektrische Ströme als Reize angewandt werden. So werde eine Reihe bisher unverständlicher Thatsachen auf das Einfachste erklärt, z. B. die verschiedene Erregbarkeit des Nerven an verschiedenen Punkten, die Wirkung des Querschnittes und die sogenannte Lücke. **Julius Wolff** (Breslau).

---

204. **Rejchman** (Warschau). Einiges über die Bestimmung des Grades und der Natur der Acidität des Mageninhaltes.

(Gazeta lekarska 1882. No. 3. [Polnisch.])

Edinger's Methode — Verschlucken von in Gelatinekapseln eingeschlossenen Schwämmchen — ist zur Erlangung von ausreichender Quantität des Mageninhaltes die bequemste und beste. Die Bestimmung des Aciditätsgrades vermittels Lakmuspapier ist ungenau; bessere Resultate giebt die Lösung von Phtaleinphenol 0,1 in 1 ccm Alkohol, 23 cm Aq. dest. und 1 Tropfen einer 40%igen Sodalösung; 15 Tropfen davon werden durch 1 Tropfen einer 0,2%igen Salzsäure dekolorirt.

Zur Bestimmung der Qualität der sauren Reaktion hält Verf. Berthelot-Richet's Verfahren (der sogenannte coëfficient de partage) für das genaueste, wiewohl es viel umständlicher ist als die Untersuchung mit Methylanilinviolett und Tropaeolin.

Smoleński (Ernsdorf in österr. Schlesien).

---

205. **Franz Riegel.** Über den Einfluss akuter Nephritis auf Herz und Gefäße. (Aus der medicinischen Klinik zu Gießen.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 23 u. 24.)

Während Veränderungen im Gebiet des Herzens und der Gefäße schon so vielfach mit chronischen Erkrankungen der Niere in Zusammenhang gebracht worden sind, ist die Frage nach solchem Verhalten bei akuter Nephritis verhältnismäßig spärlich berührt (Friedländer, Traube, Silbermann). R. hat schon 1878 auf das häufige Vorkommen erhöhter Gefäßspannung bei der akuten Nephritis hingewiesen und diese Spannungsveränderung an Kurven erläutert. Weitere Untersuchungen haben dies durchaus bestätigt, so dass jetzt Verf. den Satz aufstellt, dass bei der Mehrzahl der Fälle von akuter Nephritis eine Vermehrung der Gefäßspannung eintritt. Konstant findet sich dieselbe bei den schweren, unkomplicirten Formen »der akuten Nephritis«. Je intensiver die Nephritis, je hochgradiger die Störung der Harnabsonderung, desto rascher und sicherer kommt es zu einer hochgradigen Vermehrung der arteriellen Spannung. Die abnorme Spannung des Pulses ist so prägnant, dass R. wiederholt aus ihr die Diagnose der Nephritis gestellt hat und speciell bei einem Rekurrens-Fieberkranken aus der erhöhten Pulsspan-



nung eine komplicirende akute Nephritis bewies. Hierbei ist besonders zu beachten, dass ja sonst das Fieber an und für sich den Druck im Aortensystem herabsetze. Verf. theilt einen Fall mit, wo sich nach zweitägigem Bestand einer Nephritis eine äußerst hochgradige Gefäßspannung und wenige Tage später eine Herzvergrößerung nachweisen ließ. Das häufige Vorkommen der erhöhten Gefäßspannung bei akuter Nephritis wird an einer ganzen Reihe von Pulskurven demonstrirt und namentlich gezeigt, dass diese Veränderungen nicht nur bei jugendlichen Individuen, sondern auch bei Erwachsenen beobachtet werden. Vorwiegend ist die Scharlachnephritis geeignet Drucksteigerung zu erzeugen, wegen der starken Kompression der Glomerulusgefäße. Die Drucksteigerung und Pulsspannung kann ein Gradmesser für die Intensität der Nierenerkrankung sein. Beide gehen nicht mit der Dauer der Erkrankung parallel, sondern können auch im Beginn der Erkrankung hohe Grade erreichen. Ein häufiges Vorkommen ist die Pulsverlangsamung, welche im Zusammenhang mit der Drucksteigerung steht und von R. auch aus dieser abgeleitet wird. Für den Hydrops lässt sich keine Beziehung zu genannten Gefäßveränderungen nachweisen.

Die Veränderungen des Herzens (Hypertrophie und Dilatation) führt R.'s Beobachtung als sekundär auf erhöhte Gefäßspannung zurück, denn es lässt sich klinisch zuerst abnorme Drucksteigerung, später die Herzveränderung nachweisen; aus diesem Grund lässt R. für die Erklärung der Herzveränderung nach akuter Nephritis nur eine Theorie zu, welche in der Nierenerkrankung das Primäre, aber auch den Grund für die Herzvergrößerung sucht. Mit der Ansicht Traubes, dass nur mechanische Momente wirken, stimmt hier die klinische Beobachtung nicht überein. Es geht ja die Größe der Spannung keineswegs der Dauer der gestörten Nierenfunktion parallel und vermehrte Blutmenge ist nicht identisch mit Erhöhung des Blutdrucks zu setzen. Klinisch sahen wir aber zuerst erhöhten Blutdruck auftreten. Anlangend die chemische Theorie, schließt sich R. am meisten derjenigen an, welche Ewald für die atrophische harte Niere gegeben hat (Änderung der Zusammensetzung des Blutes, Erhöhung des Widerstands in den kleinsten Gefäßen, Wachsen des Blutdrucks, Hypertrophie des Herzens, Verdickung der Muscularis der kleinen Gefäße durch andauernde Kontraktion). Bei der akuten Nephritis wird das Kreislaufshindernis durch seine schnelle Entwicklung viel mächtiger als bei den chronischen Formen wirken. Die allgemeine Erhöhung des Blutdrucks führt R. hier nicht auf die Wasserretention und Ausfall von Gefäßbahnen zurück, sondern auf Gefäßkrampf in Folge der Zurückhaltung harnfähiger Stoffe. Für diese Auffassung finde er Analogie in der Bleiintoxikation, wo trotz großer Druckerhöhung und Gefäßspannung bei völliger Intaktheit des Nierenparenchyms oft sehr hochgradige Verminderung der Harnmenge eintritt, welche mit dem Nachlass des Gefäßkrampfes aufgehoben wird.

Finkler (Bonn).

206. **Jelenski.** Über die Behandlung des Abdominaltyphus mit Jodkali.

(Gazeta lekarska 1882. No. 2—4. [Polnisch.])

Verf. plaidirt warm für die Behandlung des Abdominaltyphus mit Kali jodatum, mit dem er seit vielen Jahren sehr gute Resultate erhalten haben will und das er für ein specifisches Mittel gegen obige Krankheit hält. Mit Zugrundelegung von 16 ausführlich mitgetheilten Typhusfällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Der Krankheitsverlauf der mit Jodkali behandelten Fälle wird regelmäßig und das Fieber weicht gewöhnlich mit dem 14., selten mit dem 16. Krankheitstage.

2) Die Diarrhoe lässt schon nach 2 bis 3 Tagen nach.

3) Gleichzeitig wird der Ileocoecalschmerz schwächer, um bald gänzlich zu schwinden.

4) Das Fieber verringert sich konstant von Tag zu Tag, im Gegensatz zu den nur momentan wirkenden Antipyreticis.

5) Ein Recidiv trat in keinem von Verf.s Fällen ein.

6) Alle Patienten des Verf.s genasen, also dürfte die Mortalität bei Jodkalibehandlung gering sein.

7) Die Rekonvalescenz dauerte kurz und unterlag keinen Komplikationen.

Betreffs der Wirkungsweise des Mittels im Abdominaltyphus weist Verf. auf die bekannten antiseptischen und antiparasitären Eigenschaften der Jodpräparate hin, die bei Typhus desto höher anzuschlagen seien, als Jodkali innerlich gereicht mit den afficirten Stellen der Darmschleimhaut in unmittelbare Berührung kommt und auf Grund seines großen Resorptionsvermögens von hier aus leicht in die Säftecirkulation tritt.

Smoleński (Ernsdorf in österr. Schlesien).

---

207. **W. Filehne.** Über die Entstehung der pathologisch-anatomischen Veränderungen des Magens bei Arsenikvergiftung und über die chemische Theorie der Arsenikvergiftung.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIII. Hft. 1.)

Nach einer Kritik der verschiedenen Anschauungen über die Entstehung der nach Arsenikvergiftung im Magen auftretenden Veränderungen, in so fern dieselben nur bedingungsweise als direkte durch Anätzung bewirkte Läsionen aufzufassen sind, durchschnittlich aber als Symptom einer Allgemeinwirkung erklärt werden müssen, geht F. zu einer eingehenderen Besprechung der von Binz und Schulz (Arch. für exp. Path. Bd. XI. p. 200) aufgestellten Erklärungsweise dieser Affektionen über.

F. wendet gegen die Binz'sche Idee, dass es sich bei der Entstehung der Degeneration in den Zellen der Magenschleimhaut »um



heftiges Hin- und Hersprühen von Sauerstoffatomen zwischen Eiweiß- und Arsenmolekülen« und dadurch bedingtes Ansengen der Eiweißmoleküle handele, ein, dass das Hin- und Herschwingen von O-Atomen bei der jedesmaligen Trennung nur so viel Wärme latent mache, als bei der vorigen Vereinigung frei wurde; also nicht mehr Wärme entstehen kann als der einmaligen Sättigung der stärksten Affinität entspricht, folglich ein durch die Fortdauer dieses Processes bedingtes »Ansengen« nicht vorkommen kann. Ferner: dem Arsen steht der Phosphor sowohl chemisch als in seinen Wirkungen äußerst nahe, aber die durch Phosphor bedingten ganz gleichen Degenerationen des Protoplasmas können nicht durch ein Hin- und Herschwingen von O-Atomen erklärt werden, da es dann gleichgültig sein müsste, ob Phosphor in höherer oder niederer Oxydationsstufe, oder als O-freier gelber Phosphor gereicht wird. Endlich bedarf Binz zur Erklärung des überwiegenden Auftretens der betreffenden Arrosionen an der hinteren Magenwand der Hypothese, dass die Nachbarschaft des Pankreas als ursächlicher Faktor mitwirke. So weit diese Erklärungsweise den menschlichen Magen betrifft, wendet F. dagegen ein, dass nach der Statistik außer der hinteren Wand viel öfter auch die vordere Wand hämorrhagisch ulcerös gefunden wurde, sehr oft auch die hämorrhagische Gastritis gleichmäßig über den ganzen Magen verbreitet war. Beim Kaninchen kann nach der Richtung der großen Curvatur der Magen nicht in eine vordere und hintere Wand eingetheilt werden, da hier die Lage des ganzen Organes zur Körperachse eine andere ist als beim Menschen. Für die Pathogenese der in Rede stehenden ulcerösen Gastritis nach Arsenvergiftung macht F. die saure Reaktion des Magensaftes verantwortlich. Von je zwei gleichen mit arseniger Säure subkutan vergifteten Kaninchen bleibt die Schleimhaut des dauernd alkalisirten Magens intakt, während das nicht behandelte Thier, dessen Mageninhalt stark sauer reagirt, die üblichen Veränderungen zeigt.

Es handelt sich daher bei der hämorrhagisch ulcerösen Gastritis nach Arsenikvergiftung um eine peptische Erscheinung. Vermöge der durch die Allgemeinvergiftung bedingten trüben Schwellung und fettigen Degeneration der Epithelien und der in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächten Blutgefäße kommt es zu einer Geschwürsbildung — Selbstverdauung — der Magenwand, welche in der gesunden vom Blut in normaler Weise versorgten Magenschleimhaut nicht möglich ist.

Schottelius (Marburg).



Kasuistik.

208. **Wilhelm Koch** (Dorpat). Ein kasuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von den Halswirbelverrenkungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 18.)

Ein Eisenbahnkondukteur war von den Puffern zweier Waggons gequetscht worden und trug eine 9tägige Bewusstlosigkeit und Lähmung der linken Extremitäten davon. Die Untersuchung nach 3 Monaten ließ eine Verrenkung des 5. Halswirbels gegen den 6. erkennen, bei welcher der 5. Gelenkfortsatz auf der rechten Seite vor den 6. sich gestellt hatte. Was den Fall vor allen bisher bekannten auszeichnet, ist die relative Gesundheit und Leistungsfähigkeit so lange Zeit nach einer irreponirten Luxation am Halse und nach Anfangs stürmischen Allgemeinerscheinungen. Es waren nämlich zurückgeblieben atrophische und paretische Zustände im Bereich der Brust- und Schulterblattmuskulatur der linken Seite, so wie in der linken Oberextremität, namentlich am Thenar und Hypothenar, so wie in den Spatia inteross., geringe Abmagerung und Parese endlich in der linken Unterextremität. In den vom Medianus und Ulnaris versorgten Muskeln war eine Zeit lang die faradische und theilweise die galvanische Erregbarkeit aufgehoben und trat vorübergehend Entartungsreaktion ein. Die Haut der ganzen linken Körperhälfte und das Ellbogengelenk zeigte Hyperästhesie, nur im Ulnarisgebiet herabgesetzte Empfindung. Linke Lidspalte und Pupille enger als die rechte, Venen des Augenhintergrundes links erweitert. In den Arterien der linken Oberextremität der Puls im Vergleich zur anderen Seite außerordentlich schwach. Achseltemperatur links um 0,2 niedriger als rechts. Linke Zwerchfellshälfte paretisch. Der Halstheil der Wirbelsäule zeigt eine Verdrehung der senkrechten Achse nach links, so wie geringere Achsendrehungen in anderen Richtungen. Daraus resultirten allerlei Deformitäten des Cucullaris, der Kehlkopf- und Carotiden-Region, der hinteren Rachenwand etc., die das Original genauer beschreibt. Die Schluck-, Kau-, Kopf- und Halsbewegungen waren wenig oder gar nicht behindert.

Auf Grund obiger Symptome nimmt K. »eine mindestens bis zur Leistungsunfähigkeit gesteigerte Insultation der Kleinhirnseitenstrangbahnen des cervikalen Abschnittes der linken Rückenmarkshälfte« an. Denn die Durchtrennung dieser Theile ruft Hyperästhesie derselben Seite und Nachschleppen der unteren Extremität bei erhaltener Koordination hervor, wie es in diesem Falle bestand. Die große Ausbreitung der Hyperästhesie lässt die Annahme peripherer Nervenläsionen nicht zu. Wenn auch die Entartungsreaktionen und Abmagerungen an Arm und Schultern als Folge einer Leitungsunterbrechung in gewissen Zweigen des Plexus brachial., die Zwerchfellslähmung als Phrenicusverletzung, die Änderung in der Pupillenweite und Gefäßspannung als Sympathicusläsion aufgefasst werden könnten, so wäre doch eine so multiple Verletzung als Folge einer übertriebenen Drehbewegung zwischen 2 Wirbeln sehr schwer zu begreifen. Im Gegentheil setzt die statt der (bei so verbreiteter peripherer Lähmung zu erwartenden) Anästhesie vorhandene Hyperästhesie die Integrität der peripheren sensiblen Bahnen bis hinauf zu einer Stelle voraus, an der das Rückenmark selbst verletzt wurde. Da in den Seitensträngen des Halsmarkes 1) ein Theil der motorischen Bahnen für die obere Extremität derselben Seite, 2) Vasokonstriktoren für dieselbe Extremität, 3) Pupillen verengernde Fasern verlaufen, so würde sich aus einer bis zur Leitungsvernichtung gesteigerten Quetschung der Seitenstränge in der Höhe des 5. Halswirbels neben der Hyperästhesie auch der übrige Symptomenkomplex erklären. Die trophischen Störungen der Brust- und Armmuskulatur müssten nach Ausschließung einer Verletzung des Plexus brachial. entweder auf Zerstörung der Ganglienzellen der grauen Vorderhörner oder von diesen ausgehender, motorischer resp. trophischer Fasern bezogen werden. Die Abmagerung der unteren Extremität ist dagegen zur Zeit von der Rückenmarkläsion schwer abzuleiten.



Zum Schluss bespricht Verf. die Deformitäten und ihr Zustandekommen bei rotatorischen Halswirbelverrenkungen und die Methode, nach welcher im speciellen Falle Repositionsversuche anzustellen seien. **Stintzing** (München).

209. **Angerer.** Ein Fall traumatischer Aphasie.

(Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1882. No. 2.)

Ein 18jähriger Bursche bekam mit einem eisernen Hammer eine Kopfverletzung am linken Seitenwandbein (klaffende Wunde, Fraktur mit Eindruck, sofort nach der Verletzung vollständige Aphasie bei intaktem Bewusstsein). 7 Stunden nach der Verletzung wurde konstatirt: Aphasie, Unmöglichkeit die Zunge herauszustecken, Beschwerden beim Schlingen, Zuckungen der rechten Hand, Sensorium frei, Sensibilität nicht gestört.

Sorgfältiger antiseptischer Verband.

Am folgenden Tag mehrmaliges Erbrechen, rechtsseitige Facialislähmung, Sensorium frei.

Nach weiteren 7 Tagen subjektives Wohlbefinden, Pat. giebt durch Zeichen seinen Hunger zu erkennen, Schlingen gut möglich, Facialislähmung und Aphasie bestehen fort.

Nach weiteren 3 Tagen versucht Pat. zu sprechen, Lippen- und Zungenlaute undeutlich, Vokale rein, Alphabet vollständig, nach Verlauf von weiteren 3 Tagen kann Pat. schon den Hergang seiner Verwundung erzählen.

Im Verlauf von 3—4 Wochen Rückgang der Facialislähmung, fast völlige Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes.

Man muss bei diesem Fall eine direkte Läsion der dritten Stirnwindung annehmen, während die Lähmungen, die erst später nach der Verletzung auftraten auf entzündliches Ödem (ausgehend vom Quetschungsherd) zurückzuführen sind.

Das Fehlen von Gehirndruckerscheinungen berechtigt ebenfalls zu der Annahme einer direkten Läsion der oben erwähnten Region der Großhirnrinde. Vortragender weist zum Schluss auf die einfache antiseptische Wundbehandlung (keine Dilatation, keine Trepanation) und auf den raschen Ausgleich der Innervationsstörungen hin. **Seifert** (Würzburg).

210. **Marchand.** Die böhmischen Schwestern Rosalia und Josefa.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 20.)

Die Pygopagie gehört zu den seltensten Formen der Doppelmissbildungen, wenn man von den Fällen absieht, in welchen das eine Individuum als sogenannter Sacralparasit nur eine höchst rudimentäre Entwicklung erreicht hat. Ahlfeld stellt im Ganzen 10 Fälle zusammen, wovon 7 dem weiblichen, 2 dem männlichen Geschlecht (?) angehörten. Am bekanntesten und am genauesten untersucht wurden die sogenannten ungarischen Mädchen und jene amerikanischen Schwestern Chrissie und Millie (Virchow). Ein Seitenstück zu letzteren sind Rosalia und Jos. Blazek, am 20. Januar 1878 geboren. Sie sind mit dem unteren Abschnitt des Rumpfes mit einander verwachsen, während Oberkörper, so wie untere Extremitäten völlig getrennt sind. Bei gewöhnlicher Haltung sind die Gesichter mehr nach der einen Seite, die Rücken nach der anderen und nur zum Theil gegen einander gerichtet. Man kann also eine gemeinschaftliche Vorder- und eine gemeinschaftliche Hinterseite unterscheiden, während jedes Individuum noch eine besondere Vorderseite besitzt. Das rechte Bein der links befindlichen Rosalia und das linke der Josefa bilden das vordere, die beiden anderen Beine das hintere Beinpaar. Die vorderen Beine sind an den Hüften einander viel mehr genähert als die hinteren, außerdem erstere schwächer entwickelt und vielleicht kürzer als letztere, so dass die Oberkörper hierdurch eine Neigung nach vorn erhalten, wozu übrigens am meisten die schiefe Stellung der Becken beitragen mag. Beim ruhigen Stehen sind die Oberkörper stark vorwärts geneigt und von einander abgewandt. Die Kinder können sich gegen einander drehen, sind lebhaft und beweglich, gut genährt, hübsch, zum



Verwechseln ähnlich, sie haben ein freundliches Wesen und sind geistig ziemlich vorgeschritten. Beim Gehen werden die Gesichter nach vorn gewendet, die vorderen Füße gemeinschaftlich mit den Außenrändern nach vorn gesetzt, während die hinteren in derselben Weise, aber mit den Innenrändern nach vorwärts, folgen. Treppen werden in derselben Weise gestiegen. Häufig nimmt eine der beiden Schwestern, zumeist die kräftigere, die Führung; zuweilen kommt es dabei zu Meinungsdifferenzen und Thätlichkeiten. Die beiden Becken sind bis über die Kreuzbeine hinten und seitlich verschmolzen. Der untere Theil des gemeinsamen Rückens hat ungefähr dasselbe Aussehen wie bei einem normalen Menschen, nur sind die Hüften etwas weiter von einander entfernt, es sind 2 Hinterbacken mit einer Crena clunium vorhanden. Oberhalb der gemeinschaftlichen Kreuzbeingegend entfernen sich die Wirbelsäulen. Die Verwachsung muss man sich etwa so vorstellen, als wären 2 Becken derart an einander gelegt, dass die C. spina il. post. des einen die rechte des anderen berührt, so dass die einander zugekehrten Darmbeine ungefähr parallel einander liegen, die entsprechenden Kreuzbeinhälften wenigstens mit ihren Bogentheilen mit einander verschmolzen wären, so dass ein gemeinschaftliches breites Kreuzbein hervorgeht, die einander zugekehrten Foramina sacral. ant. würden in der Mitte in einander übergehen, so dass Wurzeln und Stämme der Nn. ischiad. dicht neben einander, vielleicht in einer gemeinschaftlichen Scheide nach abwärts verlaufen. Bezüglich der Darmbeine ist aus der äußeren Betrachtung (eine genaue Untersuchung wurde nicht gestattet) zu vermuthen, dass die einander zugekehrten Spin. post. ganz in die Vereinigung aufgegangen sind. Eine genauere Untersuchung wurde einmal vorgenommen, durch Breisky (1878, als die Kinder 1/2 Jahr alt waren). Er fand die Labia majora verschmolzen, eben so die Genital- und Analöffnung; unterhalb eines aus der Verschmelzung von rudimentären Lab. min. hervorgegangenen und einem medianen Praeputium clitorid. entsprechenden Faltenwülstchens die anscheinend einfache Urethralöffnung, darunter die durch ein Längsseptum getrennten Scheideneingänge neben einander. Da die Verschmelzung der äußeren Genitalien nur die rechte Schamlippe der Rosalia und die linke der Josefa betrifft, während die beiden anderen getrennt bleiben, so muss die Vulva eine dreischenklige Form erhalten. Sollte die Clitoris einfach sein, so müssten, meint M., auch nothwendig die Tub. ischiad. und aufsteigenden Schambeinäste verschmolzen sein; mit diesem Verhalten würde die Einfachheit der Urethra übereinstimmen (welche nach Breisky allerdings nicht sicher ist). Wie weit sich die Einfachheit von der Mündung der Harnröhre nach aufwärts erstreckt, und ob sie noch die Blase betrifft, ist nicht zu entscheiden. Den beiden Scheideneingängen entsprechen jedenfalls auch gesonderte Genitalien. Die Verschmelzung der Wirbelsäulen erstreckt sich nicht bloß auf das ganze Kreuzbein, sondern vielleicht auch auf die unteren Lendenwirbel, und wahrscheinlich ist dem entsprechend der ganze Sacraltheil des Spinalkanals beiden Individuen gemeinschaftlich. Breisky fand damals, dass die willkürlichen Bewegungen, so wie die durch mechanische Reize auf die Haut der unteren Extremitäten erregten Reflexbewegungen entschieden für jedes Individuum selbständig erfolgen. Jedenfalls aber findet eine auffallende, wohl nicht durch allmähliche Gewöhnung allein zu erklärende Kongruenz der Bewegungen statt. Der beiden Individuen gemeinschaftliche Theil der äußeren Genitalien, so wie der untere Rectumabschnitt muss jedenfalls von beiden Individuen gleichzeitig innervirt werden, es müssen von hier aus auch gleiche Empfindungen und Vorstellungen in beiden Individuen erregt und dieselben Willensäußerungen veranlasst werden. Sonst ist die ganze Thätigkeit des Nervensystems beider Individuen völlig getrennt. Nach Breisky ist auch Asymmetrie des Schädels vorhanden, indem die einander zugekehrten Scheitelgegenden abgeplattet sind. Bezüglich der Entstehung der Doppelmissbildung möchte sich M. der Virchow'schen Ansicht, dass es sich um Spaltung eines ursprünglich einfachen Keimes handelt, aus gewissen Gründen nicht anschließen.

Julius Wolff (Breslau).



211. **Monoczewski** (Warschau). **Aneurysma partis membranaceae septi ventriculorum.**

(Gazeta lekarska 1882. No. 1. [Polnisch.])

Bei einem 8 Monate alten Mädchen, bei dem die Untersuchung intra vitam außer einer bedeutenden seitlichen Verbreiterung der Herzdämpfung ein auffallend starkes, fast über dem ganzen Thorax hörbares systolisches Geräusch neben einem normalen diastolischen Tone ergab und welches an beiderseitiger katarrhalischer Pneumonie zu Grunde ging, erwies die Sektion Folgendes:

Das Perikard normal, Herz fast kugelig, Foramen ovale nicht gänzlich geschlossen, die linke (1 cm) und die rechte (0,6 cm) Herzwand verdickt. Der membranöse Theil der Scheidewand zeigt eine in die rechte Kammer hineinragende aneurysmatische Vorwölbung, die mit ihrer $2^1/_2$—3 cm weiten Öffnung in die linke Kammer mündet; daneben eine kleinere mit beiden Kammerhöhlen kommunicirende Öffnung. Beide Öffnungen zeigen ganz glatte Ränder. Das innere Blatt der Tricuspidalis, welches an obiger Ausbuchtung Theil nimmt, ist verdickt und uneben, der sich an ihm inserirende Papillarmuskel narbig entartet. Die Pulmonalklappen zeigen keine Veränderungen, die Pulmonalarterie und Aorta sind in Lage, Breite und Struktur normal.

Obiger Fall lässt sich in dem bekannten Schema von Rokitansky nirgends unterbringen und müsste dasselbe nach Verf. durch Einfügung einer neuen Kategorie: »Defekte in dem membranösen Theile der Herzscheidewand« erweitert werden. Da am Endokard des linken Ventrikels alle Zeichen einer abgelaufenen Entzündung fehlten und die entzündlichen Veränderungen am Endokard des rechten Ventrikels schon wegen der Richtung der aneurysmatischen Ausbuchtung als Entstehungsursache der letzteren nicht angesehen werden konnten, so glaubt Verf. die Entstehung obiger Anomalie auf einen angeborenen Defekt im membranösen Theile der Scheidewand zurückführen zu müssen.

Smoleński (Ernsdorf in österr. Schlesien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 16. **Sonnabend, den 29. Juli.** **1882.**

212. P. **Baumgarten.** Über ein bequemes Verfahren, Tuberkelbacillen in Sputis nachzuweisen.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1882. No. 25.)

Verf. theilt ein für die Praxis sehr bequemes diesbezügliches Verfahren mit. Dasselbe besteht in einer Kombination der Kalimethode mit einer Tinktion durch Anilinfarbstoffe. Es werden Trockenpräparate von phthisischen Sputis angefertigt und mit sehr verdünnter Kalilauge benetzt. Die im Präparat vorhandenen Tuberkelbacillen sind dann bei 4—500facher Vergrößerung deutlich zu sehen. Um jedoch eine Verwechselung mit anderen aber gleichgestalteten Bacillen zu vermeiden, wird das Deckgläschen von dem Objektträger abgehoben und bei Seite gelegt, bis die an der Unterfläche haftende Schicht

trocken geworden; dann wird das Deckgläschen noch 2—3mal durch eine Gasflamme gezogen, und nun ein Tropfen einer diluirten (aber nicht allzuhellen) wässerigen Anilinviolettlösung auf das Präparat gebracht. Unter dem Mikroskop erscheinen dann alle vorhandenen Fäulnisbakterien intensiv gefärbt, die Tuberkelbacillen sind absolut farblos geblieben. Die ganze Procedur erfordert nicht mehr als 10 Minuten. **Kopp** (Wien).

---

213. **A. Genzmer.** Über die antiphlogistische Wirkung lokaler Blutentziehungen.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1882. No. 13.)

Um die Wirkung lokaler Blutentziehungen experimentell zu prüfen, wurde curaresirten Fröschen die Schwimmhaut punktförmig mit einer glühenden Nadel gebrannt, oder mit Lapis geätzt und der Entzündungsherd mikroskopisch betrachtet. Sobald die charakteristischen Entzündungserscheinungen eingetreten waren, wurde dem Versuchsthier mittels eines Glasröhrchens ein Blutegel an die Sprunggelenksgegend gesetzt. So wie das Thier zu saugen begann, veränderte sich das mikroskopische Bild in frappanter Weise. Der Blutstrom wurde beschleunigt, die wandständig haftenden Blutkörperchen kamen in Bewegung, die Stasen lösten sich und die Kapillarschlingen boten zu Ende des Versuchs den Anblick einer völlig normalen, oder sogar beschleunigten Cirkulation. In einigen Versuchen wurden nach Anlegung des Entzündungsherdes Skarifikationen ausgeführt. Der Effekt war dabei weniger evident. Auch allgemeine Blutentziehungen durch Eröffnung einer Bauchvene hatten geringen Effekt, obwohl der Blutverlust bedeutend war. Die antiphlogistische Wirkung lokaler Blutentziehungen scheint also auf rein mechanischem Wege zu Stande zu kommen. Durch die verstärkte Strömung nach dem Orte hin, wo das Blut entzogen wird, werden im Entzündungsgebiete die wandständig haftenden Blutkörperchen fortgerissen, die verstopften Kapillaren rein gespült, und es wird eine temporär verstärkte Cirkulation hergestellt. Die Blutentziehung bewirkt ferner ein verstärktes Zuströmen des arteriellen Blutes zum Entzündungsherd und bessere Ernährung der Gewebe. Die antiphlogistische Wirkung der Blutentziehung hängt ab nicht von der Menge des entleerten Blutes, sondern von der Geschwindigkeit des Abströmens. **Kopp** (Wien).

---

214. **Fürstner** (Heidelberg). Kopfverletzungen und Psychosen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII.)

F. giebt zunächst einen kurzen Überblick über die Erscheinungen des sogenannten traumatischen Irreseins und erinnert dann an



die von Köppe aufgestellte traumatische Reflexpsychose mit günstigen Resultaten nach Exstirpation der betreffenden Narben am Kopfe, um 3 eigene Fälle dieser Art mitzutheilen. Im ersten handelte es sich um eine leichte Kopfverletzung bei einem nicht disponirten Individuum mit nachfolgender Benommenheit, Sensationen, Kopfschmerz, psychischer Veränderung, epileptischen Anfällen, geringer Pupillen- und Facialisdifferenz, Sprachbehinderung. Nach Exstirpation der etwas gerötheten, bei lebhafteren Berührungen schmerzhaftere, stärkere Sensationen ausstrahlenden Narbe, etwa 5 Monate nach der Verletzung, theils sofortiges, theils allmähliches Schwinden der Erscheinungen bis zu körperlichem und geistigem vollkommenen Wohlsein. Im 2. Falle handelt es sich um Kopfverletzung nach einem Falle von der Scheune, zunächst nur Sensationen im Kopfe, später auch in Nase und Augen, Schwindel beim Bücken etwa 6 Jahre lang, dann erst periodisch auftretende Erregungszustände mit epileptoidem Charakter, allmählich sich häufend, ferner Tremor, Facialisparese, Pupillendifferenz. Nach circa 8 Jahren Exstirpation der Narbe; seitdem Schwinden der Sensationen, Besserung des ganzen Zustandes, noch einmal Rückkehr der früheren Erregung in mäßigem Grade, dann Freibleiben. Pat. war vorher stets frei von nervösen Störungen gewesen. Im 3. Falle war die Kopfverletzung bereits 15 Jahre vorhergegangen und von einem herabstürzenden Baumstamm auf das linke Scheitelbein entstanden. Nach kurzer Bewusstlosigkeit am folgenden Tage wieder Arbeitsfähigkeit, dann 3—4 Jahre lang Sensationen von der Narbe ausgehend, periodische Erregungszustände mit epileptischem Charakter bei freien Intervallen, welche letztere allmählich mehr schwinden; daneben motorische Störungen wie im 2. Falle. Nach Exstirpation der Narbe noch zwei schwächere Recidive, seitdem Ausbleiben der Erregung, langsames Zurückgehen der somatischen Erscheinungen. Die Narbe war in allen drei Fällen nicht adhärent an dem Knochen. In dem Zurückgehen der motorischen Störungen nach Ausschneidung der Narbe erkennt F. einen Hinweis, dass sie keine auf organischen Veränderungen beruhende Ausfallerscheinungen waren. Um den zurückbleibenden abnormen Reaktionszustand des Gehirns zu beseitigen, empfiehlt F. eine diätetische und medikamentöse Nachkur (Bromkalium) und Enthaltung von Alkoholexcessen.

Oebeke (Endenich).

---

215. **Charcot.** Contractures d'origine traumatique. (Kontrakturen traumatischen Ursprungs.)

(Progr. méd. 1882. No. 22.)

Gewisse Affektionen, welche der Ausfluss einer Krankheitsdiathese sind, werden mitunter durch ein Trauma ausgelöst (Verneuil); so tritt z. B. bei einem Gichtischen, etwa nach einem Falle, ein Gichtanfall auf. Während aber die spontanen Anfälle an den Prä-

16*



dilektionsstellen eintreten, ruft das Trauma den Anfall dort hervor, wo es eingewirkt hatte.

Dieser Satz gilt auch für die Hysterie und ihre lokalen Affektionen.

Zur Illustration dient ein 34 Jahre altes Mädchen, welches zu den hystéro-épileptiques à crises distinctes gehört. Mit diesem Namen bezeichnet nämlich Ch., im Gegensatz zu den hystéro-épileptiques à crises mixtes (der eigentlichen grande hystérie) diejenigen Kranken, welche an Epilepsie und an Hysterie leiden, welche epileptischen und, getrennt davon, hysterischen Anfällen unterworfen sind.

Die hysterischen Anfälle jener Kranken waren dadurch ausgezeichnet, dass sie von Kontrakturen der rechten Unterextremität gefolgt waren: Rechts bestand auch Hemianästhesie und Ovarie, und auch die Prodromalerscheinungen betrafen die rechte Seite. In den letzten Jahren waren die hysterischen Anfälle seltener geworden und vor den epileptischen zurückgetreten, und auch die epileptischen Anfälle traten weniger häufig ein.

Da that die Kranke beim Ersteigen der Treppe einen Fehltritt, fiel schwer auf die linke Seite und glitt ein Dutzend Stufen hinab. Außer einer Ekchymose am linken äußeren Knöchel war keine Verletzung nachweisbar; aber der Gang war sofort behindert durch Rigidität aller Gelenke der linken Unterextremität. Alle Muskeln dieses Gliedes sind in Aktion; Ober- und Unterschenkel sind gestreckt, der Fuß ist in Plantarflexion; außerdem steht das Bein in Adduktion und Einwärtsrollung.

Plötzlicher Eintritt der Kontraktur deutet auf hysterische Grundlage, im Gegensatz zu Kontrakturen organischen Ursprungs.

Zugleich mit der Kontraktur ist die Hemianästhesie, welche seit einigen Jahren verschwunden war, wieder eingetreten, aber nicht wie früher auf der rechten, sondern auf der linken Seite. Aus den beiden Symptomen schließt Ch., dass der Kranken ein orage hystérique nahe bevorsteht.

Dass die Kontraktur wirklich unter dem Einfluss des Trauma eingetreten ist, dafür sprechen zunächst manche Fälle von spasmodischer Lähmung bei Hemiplegischen und bei Paraplegischen. Bei Hemiplegie nach einer Läsion der Capsula interna mit Betheiligung des Pyramidenstranges können die Glieder schlaff bleiben; aber die Reflexerregbarkeit ist gesteigert, und ein Trauma kann Kontrakturen hervorrufen; eben so bei Paraplegien. Es besteht in solchen Fällen eine gesteigerte Reflexerregbarkeit der grauen Substanz, insbesondere der motorischen Zellen der Vorderhörner, welche Ch. mit dem Namen Strychnismus belegt. Ein ähnlicher Zustand besteht nun auch bei vielen Hysterischen, vorzüglich in der anästhetischen Seite, und Reizungen der centripetalen Nerven können hier Kontrakturen erzeugen. Dieses Verhalten ist um so interessanter, als bisweilen eine solche durch ein Trauma ausgelöste Kontraktur als erstes Zeichen



der Hysterie erscheint, bei genauerer Beobachtung werden sich freilich dann meistens noch andere Symptome (Anäthesie, Hyperästhesie, Ovarie etc.) nachweisen lassen.

Die Neigung zu Kontrakturen bei Hysterischen demonstrirt Ch. an zwei anderen Kranken, bei welchen er durch Klopfen auf die Patellar- und die Achillessehne das Bein in dieselbe Kontrakturstellung bringt, in welcher es bei der besprochenen Kranken sich befindet; diese Kontrakturen werden gelöst durch Klopfen auf die Antagonisten.

Die beschriebene traumatische Kontraktur giebt, weil sie einseitig ist, eine gute Prognose. Ch. wird mit Hilfe des Magneten den Transfert zu bewirken suchen, und hofft, dass durch häufige Wiederholung desselben die Kontraktur sich erschöpfen wird.

E. Bardenhewer (Bonn).

---

216. **Schuchardt** (Bonn). Epileptiforme Anfälle bei Magenerkrankungen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII.)

S. theilt einen Fall eines 63jährigen, psychisch belasteten Mannes mit, der im Jahr 1873 und 1878 einen kurzen Aufregungszustand überstand, im Sommer 1879 viel trank, dadurch erregt, unruhig, schlaflos wurde und im Oktober in die Irrenanstalt zu Andernach kam. Nach Jahresfrist ging die Exaltation in Depression über mit Appetitlosigkeit, Schmerz im Epigastrium, Völle im Leib, Beschwerde nach Nahrungsaufnahme, Aufstoßen, Mattigkeit. Alle Medikamente nutzlos, daher Magenausspülungen mit lauem Wasser in geringer Menge. Bei nur theilweiser Besserung Ausspülung mit 1%iger Resorcinlösung 2—2½ Liter. Dabei plötzlich starre Gesichtsmuskulatur, klonische Zuckungen der Augenlider und Extremitäten, Augen und Pupillen weit, Speichelfluss, keine Reaktion der Pupillen gegen Licht, vollständige Bewusstlosigkeit. Puls 120, weich, klein, Respiration 28—40 erschwert. Dauer des Anfalls 10 Minuten. Hinterher keine Erinnerung an das Vorgefallene; Pat. fühlte nur plötzlich ein krampfhaftes Zusammenziehen in der Magengegend und verlor dann das Bewusstsein. S. fügt einen 2. Fall aus der Straßburger Klinik bei (Gassner's Dissertation), in welchem, als ungewöhnlich große Magenerweiterung diagnosticirt, schwächer oder stärker ausgebildete epileptische Krampfanfälle mehrmals sich einstellten und citirt ferner die Beobachtungen Kussmaul's aus dem deutschen Archiv für klinische Medicin Bd. VI. S. erblickt den Grund für die Entstehung der Anfälle vorwiegend in rein mechanischen Momenten, indem bei schon bestehender Reizung der Magenschleimhaut durch jähe Entladung des Magens beim Erbrechen oder Ausspülen, oder durch starke und plötzliche Anfüllung desselben ein derartiger Reiz auf die Ma-



gennerven ausgeübt werde, dass dadurch reflektorisch epileptiforme Anfälle ausgelöst werden. **Oebeke** (Endenich).

---

217. **Schech** (München). Über Lungensyphilis.

(Vortrag gehalten im ärztlichen Verein München 12. Oktober 1881.)
(Ärztliches Intelligenzblatt 1881. No. 43.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung bespricht Verf. die zwei Formen von Lungensyphilis, die diffuse (weiße Hepatisation) und die cirkumskripte (Gumma), erstere kommt hauptsächlich bei Neugeborenen, letztere häufiger bei Erwachsenen vor. Dem Ausbruch der Krankheit in der Lunge sind fast ausnahmslos schon anderweitige syphilitische Affektionen der Haut, Schleimhäute und Knochen oder auch Hodensyphilis vorausgegangen oder gleichzeitig aufgetreten oder nachgefolgt.

Die Symptome der Lungensyphilis haben große Ähnlichkeit, ja Übereinstimmung mit chronischen Erkrankungen der Lunge, besonders mit Phthise.

Dem Sputum fanden sich oft Parenchymtheile der Lunge beigemengt, welchen eine gewisse diagnostische Bedeutung (Näheres einer späteren Arbeit vorbehalten) zukommen dürfte. Etwaige Miterkrankung des Kehlkopfs kann zur differentiellen Diagnose verwerthet werden. Hämoptoë kommt eben so gut der Lungensyphilis als der Phthise zu. Das Fieber kann lange fehlen und spielt eine mehr untergeordnete Rolle.

Die Lungensyphilis hat ihren Sitz meist in den mittleren und unteren Theilen der Lunge, oder in der Lungenmitte am Hilus, während in auffallender Weise die Spitzen verschont bleiben. Man findet häufig matten Schall in der Regio interscapularis, abgeschwächtes Respirationsgeräusch.

Das Allgemeinbefinden der Kranken bleibt lange Zeit ein gutes, und die Prognose ist als eine relativ günstige zu bezeichnen, da die Lungensyphilis in den ersten Stadien durchaus heilbar ist.

Die Behandlung muss eine antisyphilitische (Jodkali — Syr. ferr. jod; dec. Zittmanni) und nebenbei eine symptomatische sein. In großem Renommée stehen die Schwefelquellen (Weilbach, Nenndorf). **Seifert** (Würzburg).

---

218. **Weiss** (Wien). Zur Kenntnis der diastolischen Herzgeräusche.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 21.)

W. hat in einer früheren Arbeit 3 Fälle mitgetheilt, in welchen accidentelle diastolische Herzgeräusche konstatirt wurden, ohne dass diese Geräusche in einer anatomisch nachweisbaren Veränderung des Herzens insbesondere des Klappenapparates begründet waren. Einen



mit jenen Beobachtungen nicht ganz übereinstimmenden Fall theilt W. in diesem Aufsatze mit, bei dem ebenfalls wochenlang ein diastolisches Geräusch an der Herzspitze gehört wurde. Es handelt sich um einen 77jährigen Mann, der wegen eines Pyloruscarcinoms aufgenommen wurde.

Die Herzdämpfung war normal groß, Herzstoß im 5. Interkostalraum einwärts von der Papillarlinie. An der Herzspitze hört man einen dumpfen systolischen Ton und ein sausendes diastolisches Geräusch, die übrigen Herztöne zeigen keine Abnormität, nur der 2. Aortenton accentuirt. Die Sektion des Herzens ergab: abgelaufene Endokarditis valvularis an der Mitralis mit Narbenbildung am fibrösen Ringe und konsekutiven Klappenaneurysmen, Endarteriitis deformans Aortae. Zur Erklärung für das diastolische Geräusch werden die aneurysmatischen Ausbuchtungen der Klappen herbeigezogen, die im Stande waren in dem in der Diastole vorbeiströmenden Blute Wirbelwellen zu erzeugen und dadurch die beobachtete Auskultationserscheinung hervorzurufen, da die Kuppen der Ausbuchtungen gegen den Vorhof hin gerichtet und mit leichten Rauhigkeiten versehen waren.

Von Wichtigkeit ist die Bemerkung, dass hier durch die Veränderung der Klappe keinerlei nachweisbaren Funktionsstörungen derselben, insbesondere keine Stenose des Ostium venosum sinistrum hervorgerufen wurden.

Es giebt demnach auch Fälle, in denen wohl mit dem Vorhandensein diastolischer Herzgeräusche anatomische Läsionen der Klappen konstatirt werden, die jedoch bei dem Fehlen von Funktionsstörungen des Herzens nicht als eigentliche Klappenfehler angesehen werden können, so dass sich die erwähnten Geräusche in diagnostischer Beziehung dennoch als accidentelle erkennen lassen.

Seifert (Würzburg).

---

219. **J. Cornillon.** De l'héméralopie dans les affections du foie. (Hemeralopie bei Leberkrankheiten.)

(Progr. méd. 1882. No. 23.)

Im vorigen Jahre veröffentlichte C. im Progr. méd. vier Fälle von Hemeralopie bei Kranken, welche an Hypertrophie der Leber mit chronischem Ikterus litten. Bald nachher erschien eine Arbeit über denselben Gegenstand von Parinaud in den Archives générales de médecine, und einige Monate später die These von Mouly: Contribution à l'étude de l'héméralopie dans les affections du foie. C. bespricht die in diesen beiden Publikationen ausgesprochenen, von der seinigen verschiedenen Ansichten über die Art der Krankheiten, welche am häufigsten das Symptom der Hemeralopie zeigen, über die Bedeutung dieses Symptomes, über die Beziehung des Ikterus zur Hemeralopie und über das Zustandekommen derselben, und theilt dann drei weitere Fälle mit unter folgenden Überschriften:



1) Leberhypertrophie, chronicher Ikterus, Hemeralopie.

2) Hypertrophische Lebercirrhose, leichter Ikterus seit vier Jahren, Hemeralopie.

3) Atrophische Lebercirrhose, geringer Ikterus seit einem Jahre, Ascites, Hemeralopie, Tod.

Es scheint also die Hemeralopie bei den verschiedenartigsten Krankheiten der Leber eintreten zu können. Ferner tritt dieselbe meistens zuerst in vorübergehenden Anfällen auf, um erst später persistent zu werden. In einem Falle ergab die ophthalmoskopische Untersuchung Dünnheit der Arterien, varikösen Zustand der Venen und peripapilläres Ödem. Danach scheint die Hemeralopie hepatischen Ursprungs vom anatomischen Standpunkte vollständig gleich zu sein der essentiellen Hemeralopie. **E. Bardenhewer** (Bonn).

---

220. **Archambault.** Emploi des vésicatoires chez les enfants. (Der Gebrauch der Zugpflaster bei Kindern.)

(Progr. med. 1882. No. 21 u. 22.)

A. bespricht mit großer Ausführlichkeit die Anwendung der Zugpflaster in der Kinderpraxis. Dieselben sind nur mit großer Vorsicht anzuwenden; sie dürfen nur eine sehr geringe Größe haben, dürfen nur eine kurze Zeit lang, entsprechend dem Alter der Kinder, liegen, und müssen, vor dem Auflegen, mit geöltem Seitenpapier bedeckt werden. Werden diese und andere Vorsichtsmaßregeln nicht beobachtet, so rufen die Kanthariden-Pflaster, insbesondere bei fieberhaften Krankheiten, häufig Ansteigen des Fiebers, große Unruhe, Schlaflosigkeit etc. hervor. Die Pflaster dürfen niemals in den Nacken oder auf den Rücken gelegt werden, dürfen ferner niemals angewendet werden bei Diphtheritis, weil die der Epidermis beraubte Oberfläche leicht diphtheritisch wird. Die Behandlung der Stellen, an welchen die Pflaster gelegen haben, leitet A. mit großer Sorgfalt und mit vielen Mitteln.

A.'s Endurtheil über die Anwendung der Zugpflaster bei Kindern lautet: »Während ich noch Zweifel hege in Betreff der guten Wirkungen, welche in einzelnen Fällen nach Applikation der Pflaster eintraten, bin ich fest überzeugt, dass sie in einer großen Zahl von Fällen Schaden angerichtet haben. Oder genauer: Ich bin nicht sicher, jemals von den Pflastern Gutes, wohl aber bin ich sicher, häufig von denselben Schlimmes gesehen zu haben.«

E. Bardenhewer (Bonn).

---

221. **Diem** (Würzburg). Konstanter Strom und Kompression bei sympathischen indolenten Bubonen.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 22.)

D. hat in 3 Fällen günstige Wirkung mit dem konstanten Strom erzielt, insbesondere beobachtete er ein Weichwerden der Geschwulst



und wenn schon Incisionen gemacht waren, die Eiterung schlecht war, und Fisteln sich gebildet hatten, Veränderung der Cirkulations- und Ernährungsverhältnisse innerhalb der Geschwulst, wie sich durch Verbesserung der Eiterung manifestirt. Der Kranke liegt bei Applikation des Stromes auf dem Rücken mit gestreckten Beinen, der konstante Strom wurde mittels einer Platten- und einer Knopfelektrode mit Unterbrechungsvorrichtung durch die drei Durchmesser der Geschwulst geleitet, so dass durch allmähliches »Einschleichen« eine eben noch erträgliche Elementenzahl erreicht und in $^1/_4$stündiger Sitzung häufige Unterbrechungen vorgenommen wurden.

Nach der Galvanisirung wird ein Bausch Jute auf den Bubo gelegt und mittels festsitzender Flanellbinde komprimirt.

Seifert (Würzburg).

---

222. **Köllner** (Saargemünd). Vorläufige Mittheilung über den Einfluss des Atropins auf epileptische Kranke.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXVIII.)

K. wandte das Atropin subkutan zu 0,001, nur in 3 Fällen bis zu 0,002 an, bei solchen Epileptikern, deren Puls vor dem Anfall als von der Norm verschieden und unregelmäßig anzusehen, entweder voll, eigenthümlich weich, modulirend oder im Gegentheil hart, gespannt und frequent war und bei denen daneben Pupillenverengerung bestand, in der Idee, den abnormen Zustand der Gefäßinnervation und damit den Krampfanfall selbst zu koupiren. Der Puls wurde auch durchweg nach der Atropininjektion ruhiger und gleichmäßiger, die Anfälle blieben oft schwächer, als zu erwarten, das Sensorium bei mehreren hinterher freier, als sonst und die Kranken waren während des Atropingebrauchs in den anfallfreien Zeiten nie unrein. Bei Wenigen ist die Anzahl der Anfälle geringer geworden, der Appetit blieb ungeschmälert. Die Kranken bleiben länger frei von der dem Bromkalium wohl nicht mit Unrecht zum Theil zugeschriebenen Verblödung; sie haben mehr wirklich freie Zeiten und psychisches Wohlbehagen und bedürfen in den anfallfreien Zeiten keiner medikamentösen Behandlung. **Oebeke** (Endenich).

---

223. **v. Mering** (Straßburg). Über das Verhalten des Chloralhydrats und Butylchloralhydrats im Organismus.

(Zeitschrift für physiologische Chemie Bd. VI. p. 480—494.)

Im Verein mit Musculus hatte Verf. früher gefunden, dass nach Einnahme von Chloralhydrat im Urin eine linksdrehende, alkalische Kupferlösung reducirende Säure auftrete, welche Urochloralsäure genannt wurde. Auch nach Einführung von Krotonchloralhydrat und von Morphium wurde Linksdrehung und Reduktion im Harne bemerkt. Seitdem wurden von Jaffé nach Einverleibung von Orthonitrotoluol, von Baumann und Preusse nach Brombenzol oder

-phenol, von Schmiedeberg nach Kampher ähnliche Eigenschaften des Harns bemerkt. Die nach Kampherfütterung auftretenden beiden isomeren Säuren, die Kamphoglykuronsäuren ($C_{16}H_{24}O_8$) spalten sich nach Schmiedeberg und Meyer durch Kochen mit verdünnten Säuren in Kampherol und eine schön kystallisirende, rechtsdrehende, und alkalische Kupferlösung reducirende Säure, die Glykuronsäure ($C_6H_{10}O_7$). Seitdem ist für mehrere der vorher genannten Fälle nachgewiesen worden, dass der Harn die erwähnten Eigenschaften einem Paarling der Glykuronsäure verdanke, speciell für die Urochloralsäure machte Külz darauf aufmerksam. v. M. hat nun die Eigenschaften der Urochloralsäure an großen Quantitäten der Substanz, welche er aus menschlichem und Hundeharn darstellte, studirt. Die Gewinnungsmethode dürfte auch für den Kreis dieser Zeitschrift von Interesse sein, weil sie forensische Bedeutung hat. Musculus konnte bei einer plötzlich verstorbenen Person den Verdacht einer Vergiftung dadurch zur Gewissheit erheben, dass er urochloralsaures Kali aus ihrem Urin darstellte. Der Harn wird auf dem Wasserbade eingedampft und nach Ansäuren mit Schwefelsäure mit einer Mischung von 3 Vol. Äther und 1 Vol. Alkohol ausgeschüttelt. Nachdem die Hauptmasse des Ätheralkohols abdestillirt, wird der Rückstand mit kohlensaurem Kalk neutralisirt, eingedampft, mit 90 %igem Alkohol aufgenommen, filtrirt, mit Äther das urochloralsaure Kalium ausgefällt, und wiederholt mit Äther und absolutem Alkohol ausgewaschen. Nach dem Trocknen wird aus heißem absolutem Alkohol umkrystallisirt. Eine Reihe von Analysen führten zu der Formel $C_8H_{13}Cl_3O_7$, doch machen es die Spaltungsprodukte wahrscheinlich, dass nur 11 H vorhanden sind. Bei längerem Kochen mit Säuren zerfiel nämlich die Urochloralsäure in Trichloraethylalkohol und Glykuronsäure nach der Formel:

$$C_8H_{11}Cl_3O_7 + H_2O = C_2H_3Cl_3O + C_6H_{10}O_7.$$

Die entsprechende, nach Einfuhr von Krotonchloralhydrat auftretende Urobutylchloralsäure $C_{10}H_{15}Cl_3O_7$ spaltet sich analog in Trichlorbutylalkohol und Glykuronsäure.

Die Reihe merkwürdiger Paarungen eingeführter Substanzen mit einem vom Organismus gelieferten Radikal, als deren ältestes Beispiel wir die Hippursäure kennen, wird durch den Nachweis dieser interessanten Glykuronsäureverbindungen zweier wichtiger Arzneistoffe in wesentlicher Weise vergrößert. Während wir bisher solche Paarungen nur von Benzolderivaten kannten, sehen wir hier zum ersten Male, dass auch Fettkörper derselben unter Umständen fähig sind.

N. Zuntz (Berlin).

---

224. Moleschott. Jodoform gegen Diabetes mellitus.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 17—19.)

M. berichtet über die Wirkung des Jodoforms bei 5 Fällen von Diabetes mellitus, die sämmtlich den leichteren zugerechnet werden



müssen. Aus den hierbei gemachten Erfahrungen lassen sich folgende Schlüsse ziehen: »Das Jodoform setzt in wenig Tagen die Zuckerausscheidung bedeutend herunter, ja bringt den Zucker in wenig Tagen oder Wochen zum Verschwinden. Ferner erscheint der Zucker wieder im Harn beim Aussetzen des Mittels, so lange die Heilung nicht völlig gesichert ist, um aufs Neue zu verschwinden, wenn das Jodoform in steigender Gabe wieder gereicht wird. Die Besserung tritt auch dann ein, wenn der Genuss stärkemehlhaltiger Nahrung nicht beschränkt wird oder wenn der Kranke mit aufregender Sorge und übermäßiger Arbeit zu kämpfen hat.«

Aus einer Reihe von Tabellen ergiebt sich, dass die Zuckerausscheidung unabhängig von der Harnmenge steigen und fallen kann; so war in einem Falle bei 3 Liter Harn der Zuckerertrag einmal 28 und einmal 1,6 g.

Es wurde des Weiteren noch auf die Jodausscheidung des Jodoforms geachtet; es geht aus einer Tabelle hervor, dass das Jod des Jodoforms nur zu einem kleinen Bruchtheile im Harn wieder erscheint, und sich das Jod nur langsam aus dem Körper abscheidet.

Bezüglich der Dosirung des Mittels ist zu bemerken, dass es in steigender täglicher Dosis von 0,1—0,4 verabreicht wurde, ohne dass unangenehme Erscheinungen aufgetreten wären.

Als Geruchskorrigens hat sich das Cumarin am zweckmäßigsten erwiesen, M. benutzt folgende Formel:

Jodoform 0,1
Extr. Lactuc. sat. 1,0
Cumarin. 0,1

für 20 Pillen, mit arabischem Gummi zu bestreuen und von 2mal 1 bis 4mal 2 Pillen in 24 Stunden zu nehmen.

Seifert (Würzburg).

---

225. **Rabitsch** (Kairo). Die Salicylsäure bei der Behandlung des »Ringworm«.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 14.)

R. wandte gegen ein schon 20 Jahre bestehendes Eczema marginatum eine 10%ige Salicylsäurelösung in 40% Alkohol an, indem er dieselbe mittels eines Schafwollepinsels auf die kranken Stellen auftrug. Der Pat. fühlte nachher heftiges Brennen, das nach einigen Minuten aufhörte und weiter keine Folgen hatte. Diese Einpinselung wurde 3 Tage hinter einander wiederholt, einige Tage später ging die Epidermis in Fetzchen ab, die Haut darunter war blassroth. Einige Wochen später erschienen an den Haaren fleischrothe Halonen, die durch abermalige Applikation obiger Lösung zum Verschwinden gebracht wurden, Pat. blieb weiterhin von dem Eczema marginatum verschont.

In einem Fall von Herpes tonsurans am Kopfe, ließ R. erst den Kopf mit Glycerin tränken, das Haar gut kämmen, Kopf und Körper im Bade mit Windsorseife waschen und abtrocknen, dann wur-



den mittels obengenannten Pinsels die kranken Stellen betupft. Die gleiche Procedur musste mehrmals wiederholt werden, nach 14 Tagen war Pat. gründlich geheilt.

In ähnlicher Weise heilte R. 2 Fälle von Pityriasis versicolor.

Seifert (Würzburg).

---

226. **Carl Behm.** Über intra-uterine Vaccination, über Schutzpockenimpfung Schwangerer und Neugeborener.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. suchte durch Impfungen Schwangerer die Frage zu beantworten, ob das Vaccinegift, welches nur fixer Natur, niemals flüchtig und jetzt allgemein als ein korpuskuläres angesehen werde (Bollinger, Perls, Klebs u. A.), durch die placentare Scheidewand dringe und so auf den Fötus übergehe, wie Bollinger solches für die Milzbrandbacillen gefunden hat, welche Anschauung ebenfalls der Lehre Kassowitz' zu Grunde liegt, welche behauptet, dass das an körperliche Bestandtheile (Blut, Eiterkörperchen) gebundene syphilitische Virus in keiner Richtung die placentaren Wände überschreite, weder in Richtung von der Mutter zum Fötus, noch umgekehrt, so dass z. B. eine während der Schwangerschaft inficirte Frau ihr Kind nicht vor der Geburt inficirt und andererseits eine ganz gesunde Frau ein vom Vater her syphilitisches Kind gebären kann, — oder ob sich das Vaccinegift dem Blute des Fötus mittheile, wie solches von der Rekurrensspirille von Spitz und Albrecht nachgewiesen wurde.

Geimpft wurden in der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Gusserow in der Charité 47 Schwangere und 33 Kinder dieser, nachdem sie niedergekommen. Die 14 Schwangeren, deren Kinder nicht geimpft wurden, verließen die Anstalt oder sind noch nicht niedergekommen. Von den 33 Schwangeren befanden sich 22 im 10., 10 im 9. und 1 im 8. Schwangerschaftsmonat. Impfungen in früheren Monaten konnten, da die Aufnahme von Schwangern nur in den letzten Monaten der Gravidität erfolgt, nicht vorgenommen werden. Die Impfungen wurden mit Schnitten ausgeführt, welche Methode sich Curschmann, Gast und Reiter als besonders wirksam erwies. Die subkutane resp. intravenöse Impfung, wie sie von Fröhlich, Senfft, Chauveau an Kühen und Kälbern geübt wurde und welche Bollinger auch für Schwangere empfohlen, um »bei erfolgloser Impfung einer Schwangern, so wie überhaupt den Versuch zu machen, durch subkutane oder intravenöse Impfung mit Vaccine oder Vaccineblut den Fötus intra-uterin schon immun zu machen«, wurde von Verf. nicht angewandt, weil man sich seines Erachtens von diesen Impfmethoden nichts versprechen kann, ganz abgesehen davon, dass sie unpraktisch seien, würden sie auch desshalb wenig wirksam für den Fötus sein, weil die Lymphe in zu großer Verdünnung ins Blut gelangt. Es wurden daher Schwangere wie Kinder durch je sechs



Schnitte auf jeden Arm geimpft, und größtentheils ein ganzes Röhrchen unverdünnter humanisirter Lymphe verwandt. Obgleich es dem Verf. nicht gelang sich eine ganz gleichmäßig virulente Lymphe zu verschaffen, so wurde dadurch das Gesammtresultat doch nicht wesentlich beeinträchtigt.

In den 33 Fällen wo Mutter und Kind geimpft wurden, sind nur 4 Schwangere ohne Erfolg geimpft worden, davon 3 mit nachweislich unwirksamer Lymphe, während die 4. erst vor 3 Jahren mit Erfolg revaccinirt war. Von den übrigen 29 Schwangeren wurden 22 mit vollständigem Erfolg revaccinirt d. h. es waren schöne große, vollsaftige Jenner'sche Bläschen mit starkem Entzündungshofe zur Entwickelung gekommen und nur 7 Schwangere mit modificirtem Erfolg.

Von den 33 Kindern, welche vom 1.—7. Tage nach der Geburt geimpft wurden, wurden 25 mit und 8 ohne Erfolg geimpft. Von diesen 8 Fehlimpfungen sind wieder 6 nachweislich durch schlechte Lymphe bedingt. Bei einem Kinde nur schien die Lymphe dagegen sicher gut zu sein, da ein am selben Tage mit derselben Lymphe geimpftes Kind 8 kräftige Impfpusteln aufwies und nur in diesem Falle neigt Verf. zu der Annahme, dass eine intra-uterine Vaccination stattgefunden habe. Bei den 25 mit Erfolg geimpften haben 5 nur eine und 4 zwei Impfpusteln gehabt, doch gelangten dieselben stets zur vollen Entwickelung eines Jenner'schen Bläschens, nur schien ihre Entwickelung hier und da etwas retardirt, so dass sich bisweilen erst am 5. Tage ein kleines Bläschen zeigte, welches erst am 8., 9. oder 10. Tage zur vollkommenen Blüthe gelangte. Dasselbe Verhalten gilt von den Pusteln der übrigen 16 Kinder, die 3 bis 13 Pocken besaßen. Die Kinder von den 4 fehlgeimpften Schwangeren sind mit Erfolg geimpft.

Von den 8 erfolglos geimpften Kindern können nur die beiden mit nachweislich guter Lymphe geimpften interessiren. Beide Mütter haben je 12 Impfpusteln. Die Impfung fand 14 und 21 Tage vor der Niederkunft statt.

Der Verf. kommt zum Schluss: »Ein Einfluss auf die Entwickelung der Impfpusteln, so wie überhaupt auf den Erfolg der Impfung Neugeborener von Seiten der Mütter, je nachdem dieselben mit ideellem, modificirtem oder ohne Erfolg geimpft waren, ließ sich nicht konstatiren.«

Bei einer Impfung der Mutter 51 Tage vor der Niederkunft, bei welcher die Mutter 10 Impfpusteln aufweist, entstehen beim Kind 8 Impfpusteln mit starkem Entzündungshof.

Weiter sagt Verf.: »Wir müssen demnach auf Grund unserer Beobachtungen zu dem Schlusse kommen, dass die intra-uterine Vaccination möglich ist, dass sie aber keineswegs sicher und nach den bis jetzt vorliegenden Resultaten, namentlich auch mit Hinblick auf die Gast'schen Erfahrungen jedenfalls sehr selten ist.«



Aus mehreren im Original nachzulesenden Gründen kommt Verf. ferner noch zu folgenden Schlussfolgerungen:

»Wegen der überaus ungünstigen Prognose der Variola für Schwangere und Kinder, ist die möglichst frühe Schutzpockenimpfung der Schwangeren, und bei der geringen Wahrscheinlichkeit der intrauterinen Vaccination auch die der Kinder zu empfehlen.«

»Die Impfung Neugeborener, welche gestillt werden, ist der Impfung älterer Kinder vorzuziehen.« **Kocks** (Bonn).

Kasuistik.

227. **Spitz** (Breslau). Zwei Fälle von cirkumskripter Läsion der motorischen Rindenzone des Gehirns.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 14.)

Mit Rücksicht auf die relative Seltenheit unkomplicirter cirkumskripter Rindenläsionen und ihre Verwerthung bei der Frage über die Existenz und den Sitz der motorischen Rindencentra, theilt S. folgende 2 Fälle mit.

I. 76jährige Frau, seit 5 Jahren auf dem rechten Auge vollständig erblindet, bekam unter Bewusstlosigkeit eine plötzliche isolirte Lähmung des rechten Armes. Bei der Aufnahme nach 2 Monaten findet sich ein linksseitiges pleuritisches Exsudat und starkes Atherom der peripheren Arterien. Der rechte Arm ist etwas ödematös, vollständig paralytisch, die Muskulatur atrophisch und kontrakturirt, die Sensibilität intakt. Nach 4 Monaten exitus letalis. Anatomischer Befund (Marchand): Carcinoma ventriculi. Endarteriitis chron. def. aort. et aa. corpor. Lungen-Embolie u. Infarkt. Sero-fibrinöse Pleuritis links etc. Encephalomalacia circumscripta gyri central. anter. sin. Atrophia nervi optici et excavatio pap. opt. In der Mitte der linken vorderen Centralwindung eine gelbliche, vertiefte und erweichte Partie, 1,5 cm breit, an der vorderen Fläche der Windung noch etwas in den Sulcus praecentral. und auf die 2. Stirnwindung (1 cm im Durchmesser) übergehend. Der Fall beweist, »dass eine Läsion der vorderen Centralwindung von oben charakterisirtem Sitz und Ausdehnung eine Lähmung des gegenüberliegenden Armes zur Folge hat«. Außer der durch Glaukom bedingten Sehnervenatrophie war der Gehirnbefund normal. Das Anasarka und die Atrophie der paralytischen Extremitäten zeigen, dass »vasomotorisch-trophische Störungen nicht gegen den Sitz des Herdes in der Hirnrinde« sprechen.

II. Ein 56jähriger Arbeiter, wegen Lungenphthise, Lebercirrhose etc. in Behandlung, bekommt unter Verlust des Bewusstseins eine vollständige Lähmung des rechten Mundfacialis, so wie der rechten oberen und unteren Extremität ohne Aphasie und Sensibilitätsstörung und im Gefolge tonische und klonische Krämpfe der linken Körperhälfte, von einem Spasmus im linken Facialis eingeleitet und von einem etwa eine Stunde anhaltenden Coma begleitet. Nach 8 Tagen erfolgt der Tod. Bei der Sektion (Marchand) fand sich außer Lungeninduration, Lungeninfarkt und Embolie, Lebercirrhose etc. ein taubeneigroßer Erweichungsherd, der einen Theil der beiden Centralwindungen und des Sulcus central. linkerseits betraf. Läsion beider Centralwindungen erzeugt also eine Paralyse der entgegengesetzten Körperhälfte; für den Umfang derselben lehrt die Krankengeschichte jedoch nichts Entscheidendes. Das Eigenthümliche des Falles sind die epileptischen Konvulsionen auf der der Lähmung entgegengesetzten Seite. Da weder in der Substanz der rechten Hemisphäre noch in den zuführenden Gefäßen eine Abnormität nachweisbar war, von einer Fernwirkung aber nicht die Rede sein konnte, so spricht der Fall gegen die Annahme eines Krampfcentrums in der Gehirnrinde und zu Gunsten von Nothnagel's Annahme eines Krampfcentrums in Pons und Medulla



oblong., in welchem durch periphere Reize, oder wie hier durch Rindenläsion reflektorisch epileptische Krämpfe ausgelöst werden. Die Konvulsionen, die je nach der individuellen Disposition und nach dem Sitz und der Ausdehnung der Läsion, in dieser oder jener Form auftreten, sind also für die topische Diagnostik nicht zu verwerthen.

Stintzing (München).

228. **W. Ebstein.** Ein Fall von Cystinurie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXX. p. 594.)

E. reiht an seine früheren Beobachtungen einen neuen Fall von Cystinurie, deren er im Ganzen in relativ kurzer Zeit 5 zu untersuchen Gelegenheit hatte. Ein 40jähr. Kaufmann, welcher 1858—1859 Schanker und Bubo acquirirt hatte, konsultirte E. 1880 wegen seiner Kopfbeschwerden, als deren Ursache schmerzhafte Knochenauftreibungen am linken Arcus supraorbitalis und rechten Os parietale sich ergaben.

Bei der Untersuchung des Harns zeigte sich ein mäßig reichliches, grauweißlich aussehendes Sediment, welches bei genauerer Untersuchung aus sechsseitigen Cystintafeln bestand. Der Harn zeigte keinerlei andere krankhaften Beimischungen, war frei von Eiweiß und Zucker. Reaktion stets sauer. Durch eine Inunktionskur (112,0 Unguent. ciner.) wurde Pat. sowohl von seinen Schmerzen befreit, als auch war eine bedeutende Zunahme des Körpergewichts zu verzeichnen gewesen.

Die bei dieser Gelegenheit angestellten Harnuntersuchungen ergaben kurz folgende Resultate:

1) Im Tagharn fand sich, gegenüber den Angaben Bartel's, mehr Cystin wie im Nachtharn.

2) Die Einnahme eines Linsengerichts steigerte die Cystinausscheidung beinahe auf das Dreifache, entgegen den Beobachtungen Bartel's, bei dessen Kranken die Aufnahme verschiedener Speisen und Getränke ohne wesentlichen Einfluss auf die Cystinausscheidung war.

3) Verlor sich, — und dies verdient besonderes Interesse — im Verlauf der Schmierkur die Cystinausscheidung theils ganz, theils bis nur auf Spuren und hatte ein wiederum verabreichtes Linsengericht jetzt neuen Einfluss auf die Cystinausscheidung.

4) Die Schwefelsäuremenge war im Allgemeinen eine normale und war in diesem Fall ein Steigen oder Fallen mit der Cystinmenge nicht zu konstatiren.

Die Harnsäureausscheidung erwies sich als gering, doch war sie nicht in dem Maß vermindert, dass diese Beobachtung zur Stütze der Ansicht beigezogen werden konnte, dass das Cystin auf Kosten der Harnsäure gebildet werde.

Hindenlang (Freiburg).

229. **Gilbert Ballet.** Deux cas de vomissements nerveux traités avec succès par l'alimentation artificielle. (Zwei Fälle von nervösem Erbrechen erfolgreich behandelt durch die künstliche Ernährung.)

(Progr. méd. 1882. No. 24.)

Die günstigen Resultate, welche bei an heftigem Erbrechen leidenden Phthisikern die künstliche Ernährung vermittels der Sonde aufzuweisen hat, veranlassten B. bei zwei Hysterischen, welche nichts essen konnten, ohne zu erbrechen, und in Folge dessen hochgradig abgemagert waren, dieselbe Ernährungsweise zu versuchen. Es geschah mit Erfolg: die zunächst in kleinen Portionen eingeführte Milch wurde bald gut ertragen. Nach einiger Zeit waren die Kranken wieder im Stande, auf natürliche Weise sich zu ernähren, ohne dass Erbrechen eintrat.

E. Bardenhewer (Bonn).



Anzeigen.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 17. **Sonnabend, den 5. August.** **1882.**

230. **Kranz** (Stephansfeld). Ist der Verlust an Körpergewicht ein Erkennungszeichen eines vorausgegangenen epileptischen Anfalls?

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Um die bezügliche Behauptung Kowalevsky's zu prüfen, nahm K. 400 Morgenwägungen und 148 Wägungen nach Anfällen bei 7 Epileptischen vor, welche eine gleichmäßige Lebensweise führten und stellte die Resultate in Tabellen zusammen. Hieraus ergiebt sich, dass das Körpergewicht an Tagen mit Anfällen, aber eben so an solchen ohne Anfälle ziemlich großen Schwankungen unterliegt. An den letzteren Tagen ergaben sich von einem Morgen zum anderen Steigungen des Körpergewichts von 25—4000 g und Verlust desselben um 500—2750 g. Zur Kontrolle wog nun K. 8 Gesunde, 4 Wärter und 4 Arbeiter und fand tägliche Schwankungen von — 2000 bis + 1500 g, am Tage Steigungen bis 2000 g und in der Nacht Ab-



nahme von derselben Höhe. Die Gewichtsschwankungen bei den Epileptischen können daher nicht für anormale gelten. Die Wägungen nach den Anfällen ergaben 69mal, also in 46,63% einen Verlust des Körpergewichtes zwischen 25—2000 g, 44mal, also in 23,64% keine Differenz, 35mal, also in 29,73% eine Zunahme zwischen 15 und 2000 g. Auch bei Berücksichtigung der normalen Tagesschwankungen des Körpergewichtes konnte bei den Wägungen nach den Anfällen nur in etwa der Hälfte ein Gewichtsverlust konstatirt werden, bei den übrigen Zunahme oder keine Differenz; eben so wenig ließ sich eruiren, dass bei mehreren Anfällen hinter einander auf den ersten der stärkste Gewichtsverlust falle. Nach schweren Anfällen trat häufiger Gewichtsverlust ein, als nach leichten, während eine Gewichtszunahme öfter nach leichten Attacken, als nach schweren sich zeigte. K. stimmt demnach mit Lehmann (Inaug.-Diss. Straßburg 1881) darin überein, dass nicht nach jedem epileptischen Anfall ein Verlust an Körpergewicht vorhanden ist. Eine Körpergewichtsdifferenz hat also für die Frage, ob ein epileptischer Insult stattgefunden hat oder nicht, in einem zweifelhaften Falle keine pathognomonische Bedeutung.

Oebeke (Endenich).

---

231. **Ripping** (Düren). Über die Beziehungen der sogenannten Frauenkrankheiten zu den Geistesstörungen der Frauen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Die Thatsache, dass nach einer gynäkologischen Operation manchmal eine gleichzeitig bestehende Psychose sich bessert, schiebt R. auf die zugleich instituirte zweckmäßige Allgemeinbehandlung, da solche Beobachtungen unter ähnlichen Verhältnissen nicht selten nach viel geringeren Operationen gemacht werden. Bei Sichtung seiner Erfahrungen an den Irrenanstalten zu Siegburg und Düren fand R. unter 103 zur Sektion gekommenen weiblichen Geisteskranken bei 34, also 33%, pathologische Veränderungen der Geschlechtsorgane, und zwar des Uterus allein in 16 Fällen, der Tuben in 2, des Uterus und der Ovarien in 7, der Ovarien allein in 9 Fällen. Bei aller Würdigung der Wechselbeziehungen zwischen dem Geschlechts- und Gemüthsleben der Frauen sah R. nie die Psychose als reine Reflexneurose der sexuellen Erkrankung entstehen, vielmehr bildete ein gemeinsames Grundleiden die Ursache für beide oder das sexuelle Lokalleiden vermehrte die Disposition zu geistigem Erkranken durch allgemeine Ernährungsstörungen. Als direkte kausale Momente für Geistesstörungen können nur solche Sexualleiden gelten, welche durch ihren destruktiven Charakter oder durch anhaltende heftige Uterinblutungen die Allgemeinernährung in hohem Grade herabsetzen, wie dies R. an der Hand der pathologisch-anatomischen Ergebnisse unter eingehender Würdigung der einschlägigen Fälle darlegt. Die übrigen Erkrankungen der Sexualorgane kommen erst als Ursachen neben



Erblichkeit, frühern Anfällen von Geistesstörung und andern schweren Leiden in späterer Reihe in Betracht. So fand sich bei den 34 Frauen 18mal, also bei 53% Erblichkeit und bei 11 ein in Folge anderer Schädlichkeiten bereits früherer Anfall von Geisteskrankheit. Es erhellt dies auch daraus, dass Psychosen häufig heilen, ohne dass die sexuellen Lokalleiden beseitigt und die durch dieselben gestörten Funktionen regulirt wären. Die erste Kategorie, welche ein direktes kausales Moment, für die Psychose liefert, bedarf unzweifelhaft einer gynäkologischen Behandlung, die andern Fälle aber nicht, da die wiederholten Untersuchungen und Manipulationen bei frisch Erkrankten viel zu aufregend wirken, den krankhaften Vorstellungen neue Nahrung bieten und dadurch unheilbaren Schaden anrichten. Auch spricht sich R. entschieden **gegen** die Chloroformirung frisch erkrankter Geisteskranken behufs Vornahme einer gynäkologischen Untersuchung aus. **Oebeke** (Endenich).

---

232. **Huchard.** De la neurasthénie.

(L'union méd. 1882. No. 81 u. 82.)

Verf. bespricht, nachdem er die proteusartige Natur der in Rede stehenden Erkrankung hervorgehoben, die verschiedenen Symptome, wie sie bei derselben die einzelnen Organe und Systeme des Körpers darbieten. Dieselben tragen Alle mehr oder weniger den Charakter der sogenannten reizbaren Schwäche. Seitens des Centralnervensystems erwähnt er: Kopfschmerz, Frontal- und Occipitalneuralgie, Migräne, auf einen bestimmten Punkt lokalisirte Schmerzen, ähnlich dem Clavus hystericus, Gefühl von Schwere, Kälte, Hitze, Leere im Kopf, Neigung zu Schwindel etc. Die Störungen der Sinnesorgane sind sehr mannigfacher Art und tragen vielfach den Charakter des Bizarren; Vorliebe für gewisse, zuweilen unangenehme Gerüche und Speisen. Die Sehschärfe kann herabgesetzt oder vermehrt sein, oft besteht Amblyopie, Diplopie, Funkensehen, Lichtscheu, Gesichtshallucinationen. Von Seiten des Gehörorgans besteht meist große Empfindlichkeit gegen Geräusche aller Art; einigen Kranken ist ihre eigene Stimme unangenehm. Die Haut ist gewöhnlich der Sitz vielfacher und verschiedener Hyperästhesien; unbedeutende Reize, z. B. Kataplasmen, bringen oft excessive und langdauernde Wirkungen hervor. Nicht selten beobachtet man auch Parese der Hautgefäße. Die normaliter auf die Haut des Gesichts beschränkte Erregungsröthe zeigt sich bei neurasthenischen Zuständen auch am Thorax, dem Nacken, dem Rumpf etc. und nimmt zuweilen roseolaartige Form an (Roséole e motive). Das Herz funktionirt unregelmäßig (irritable heart der Engländer); nicht selten kommt es zu Anfällen von Präkordialangst, Ohnmacht etc. Die Respiration hat oft den Charakter der Dyspnoe, zuweilen auch der Polypnoe, der einfachen Vermehrung und Beschleunigung der Athemzüge. Krämpfe der Pharynx- und Larynx-

muskulatur, Gefühl von Erwürgung, Aphonie, Neigung zum Gähnen, rauher, trockner, kurz abgebrochener Husten werden häufig beobachtet. Die Verdauung liegt meist sehr danieder. Krämpfe des Ösophagus und des Magens, nervöse Dysphagie, Gastralgie, Neigung zum Erbrechen, Konstipation abwechselnd mit Diarrhoen oder gefolgt von der Entleerung geronnener, membranartiger Schleimmassen, Flatulenz etc. sind gewöhnliche Erscheinungen. Die Ernährung leidet sehr; die Abmagerung, die Anämie etc. ist meist hochgradiger als bei der Hysterie. Das Endresultat ist ein vollständiger nervöser Marasmus, der aber an sich selten zum Tode führt, während derartige Personen interkurrenten Erkrankungen leicht erliegen.

Schließlich theilt Verf. die neurasthenischen Zustände in 3 Gruppen ein: 1) Neurasthenie mit vorwiegend depressivem, 2) mit neuralgischem, 3) mit krampfartigem Charakter. Die von anderen Autoren beliebte Eintheilung nach den vorwiegend afficirten Organen hält er nicht für zweckmäßig. Seine einschlägigen Beobachtungen haben ihn zu der Überzeugung gebracht, dass in der Mehrzahl der Fälle von Neurasthenie gleichzeitig rheumatische oder gichtische Leiden bestanden, so dass er den Satz aufstellt: In den meisten Fällen ist die Neurasthenie eine arthritische Neurose.

Brockhaus (Godesberg).

---

233. **Debove.** De la transformation des épanchements pleuraux à la Suite de la thoracocentèse. Über die Veränderung der pleuritischen Ergüsse in Folge der Thorakocentese.

(L'union méd. 1882. No. 83.)

Ein seit 4 Jahren hemiplegischer Mann von 60 Jahren erkrankte an linksseitiger Pleuritis mit starkem serösen Exsudat, welches die Thorakocentese nöthig machte. Der angewandte Trokar war sehr fein, und nach Entleerung von ca. $^1/_2$ Liter klarer, sero-fibrinöser Flüssigkeit stockte der Ausfluss plötzlich, so dass der Trokar zurückgezogen werden musste. Im Verlauf der Nacht mehrere Frostanfälle; am nächsten Morgen starkes Fieber. In der Pleurahöhle ließ sich Luft nachweisen, das Exsudat hatte zugenommen. Am folgenden Tage erneute Punktion, bei der ein Liter stinkender, trüber Flüssigkeit entleert wurde. Unter dem Mikroskop zeigte dieselbe wenige Eiterkörperchen und eine Unmasse niederer Organismen, unter der Form stark lichtbrechender Punkte und sich lebhaft bewegender Stäbchen. Am andern Morgen Exitus. Bei der Autopsie wurde die Anwesenheit von Luft in der Pleurahöhle konstatirt. Die betreffende Lunge war gesund und die etwas verdickte und mit fibrinösen Schwarten bedeckte, aber nirgends gangränöse Lungenpleura intakt. Da bei der Feinheit des angewendeten Trokars das Eindringen der Luft von außen ausgeschlossen werden konnte, so nimmt D. eine Gasentwicklung in Folge der Zersetzung des Exsudats an, welch' letztere nur durch Eindringen von Fäulniserregern bei der Operation erklärt

werden kann. Der Apparat war vor der Benutzung mit Karbol desinficirt und die Trokarspitze ausgeglüht worden. Verf. schlägt, um das Eindringen von Fäulniserregern bei der Thorakocentese sicher zu verhüten, vor: 1) in dem mit dem Trokar verbundenen Schlauche eine Klappe anzubringen, um so ein Rückfließen der Flüssigkeit in die Pleurahöhle, wie es bei plötzlichen Hustenstößen und der dadurch verursachten Druckschwankung im Pleuraraume eintreten kann, zu verhüten und 2) den Trokar auf eine Temperatur von 130° zu bringen, letzteres vermittels eines transportabeln Trockenofens.

Brockhaus (Godesberg).

---

234. **Lagout.** Herpès noir des lèvres. Schwarzer Herpes der Lippen.

(L'union méd. 1882. No. 84.)

Eine 21jährige Frau erkrankt 3 Tage vor ihrer ersten Niederkunft an heftigem Fieber und gangränöser Entzündung der Haut über und vor dem linken Darmbeinkamm. Die brandige Stelle ist von ovaler Gestalt, 8 cm lang, 6 cm breit. Am Tage nach der Entbindung — das Kind war gesund — entstanden unter Fortdauer des Fiebers an den Lippen mehrere, verschieden große Herpesblasen. Dieselben unterschieden sich von dem gewöhnlichen Herpes durch die schwarze Färbung des Inhalts und die fehlende entzündliche Röthe des Grundes und der Umgebung. Nach der Eruption geringer Nachlass des Fiebers. Zwei Tage später erneute Eruption an den Lippen, Fieber wieder stärker, Puls 140, Haut brennend heiß, Bewusstsein nicht getrübt. Keinerlei entzündliche Erscheinungen seitens der Geschlechts- und Unterleibsorgane. Der erwähnte Brandschorf beginnt sich an seinem oberen Ende abzustoßen. Das Fieber trotzte jeder Behandlung und am 7. Tage nach der Entbindung starb die Kranke. Das Sensorium war bis kurze Zeit vor dem Tode vollkommen frei geblieben.

Verf. ist der Ansicht, dass der Herpes, sowohl die gewöhnliche ungefährliche, als diese schwere Form nicht als Begleiterscheinung einer fieberhaften Erkrankung aufzustellen, sondern eine selbständige Krankheit ist und zu den Eruptionsfiebern, die durch das Eindringen von Krankheitserregern in den Organismus hervorgerufen werden, wie Masern, Scharlach, Pocken etc., gehört. Tritt im Laufe einer Pneumonie Herpes auf, so ist das für ihn der Beweis, dass auch die Entzündung der Lungen herpetischen Ursprungs ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

235. **Catiano** (Berlin). Über die Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen.

(Wiener allgemeine med. Zeitung 1882. No. 25 u. 26.)

Die allgemein bestätigte Beobachtung, dass eine über die Hälfte der Hautoberfläche ausgedehnte Verbrennung geringen Grades viel



schwerere Erscheinungen hervorruft, als die totale Verkohlung einer ganzen Extremität, brachte den Verf. auf den Gedanken nachzuforschen, ob nicht außer den in ihrer Wirkung unzulänglich erscheinenden, bisher dafür geltend gemachten Ursachen der behinderten Hautperspiration, so wie der Retention von Hautsekreten, bei der Verbrühung noch in Folge der schnellen Erhitzung ein besonderes Gift gebildet werde, welches die schweren Symptome veranlasst.

Im Schweiß finden sich nun Ameisensäure und Ammoniak getrennt, so wie zu ameisensaurem Ammoniak verbunden, vor. Letztere Substanz, außerhalb des Körpers erhitzt, geht unter Verlust von Wasser in Blausäure über. Den gleichen Vorgang in der Haut glaubt Verf. auch bei der Verbrennung annehmen zu müssen und zwar um so mehr, als die klinischen Symptome einer Blausäurevergiftung, vor Allem in Bezug auf die frühzeitige Lähmung des vasomotorischen und respiratorischen Centrums und die Temperaturerniedrigung der Körperoberfläche, bis auf das Kleinste mit denen nach einer Hautverbrennung übereinstimmen. Der strikte Beweis für diese Annahme durch Nachweis der Blausäure im Blut ist bis jetzt eben so wenig erbracht, wie bei einer Blausäurevergiftung mit der tödlichen Dosis von 0,05, weil sie eben zu minimal vorhanden ist.

Die bei Verbrühten nach den anfänglichen, glücklich überstandenen Cerebralzufällen vom 2. bis 10. Tage an auftretenden unstillbaren, oftmals tödlichen Diarrhoen, sind die Folgen eines heftigen, mit Abstoßung von reichlichen Epithelfetzen und mit häufigeren Duodenalgeschwüren einhergehenden Intestinalkatarrhes. Nach dem Verf. bewirkt das ameisensaure Ammonium, welches sich aus der im Blute kreisenden Blausäure zurückbildet, diese Ablösung des Darmepithels, und der saure Magensaft kann im Duodenum, wo er durch das alkalische Pankreassekret noch nicht neutralisirt ist, die epithellose Schleimhaut bis zur Geschwürsbildung arrodiren.

Die im weiteren Verlaufe der Verbrühungen auftretenden Embolien in Gehirn und Lungen können auch als Folge von Blausäure-Intoxikation gelten, in so fern als bei letzterer Verfettung und Abschilferung von Gefäßendothel beobachtet wird. Die »Verbrennungspneumonie« ist eine Schluckpneumonie, entstanden im soporösen Stadium nach der Verbrennung. Für die »Verbrennungsnephritis« ist Verf. geneigt, die Ameisensäure als Ursache anzusprechen.

Therapeutisch empfiehlt er vor Allem, durch künstliche Athmung und Reizmittel den Respirationsstillstand so lange zu hindern, bis die Blausäure wieder ausgeschieden oder im Körper zersetzt ist.

Bartold (Koblenz).



236. Hallopeau et Tuffier. Note sur un cas d'herpès phlycténoide de la face avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée. Über einen Fall von Herpes phlyctaenoides des Gesichts mit Gangrän der Mundhöhlen- und Rachenschleimhäute.

(L'union méd. 1882. No. 80.)

Der Fall betrifft eine Frau von 20 Jahren, die als Kind an skrofulösen Ausschlägen und Drüsenschwellungen, später zuweilen an Rachenkatarrhen gelitten hatte, im Übrigen stets gesund war. Sie hatte zweimal geboren, und schenkte das letzte Kind bei Ausbruch der Erkrankung. Letztere begann mit dem Auftreten zweier Knötchen auf der Haut der rechten Wange; dieselben entwickelten sich im Laufe eines Tages ohne Fieber und Schmerzen. Aus den Knötchen bildeten sich dann erbsengroße, mit röthlicher Flüssigkeit gefüllte Blasen, die platzten und zu großen, schwärzlichen Krusten eintrockneten. 3 Tage später eine ähnliche Eruption auf der linken Wange und 8 Tage nachher auf den Nasenflügeln. Zu gleicher Zeit stellte sich Schwellung des Zahnfleisches, erschwerte und etwas schmerzhafte Deglutition und näselnde Stimme ein. Nach weiteren 8 Tagen Anschwellung der Drüsen in der Gegend über dem Zungenbein linkerseits. Bei der Aufnahme der Kranken ins Hospital (3 Wochen nach Beginn der Erkrankung) folgender Status praesens: Auf der Haut des Gesichts keine frischen Herpesblasen mehr; an Stelle der ersten Eruption rundliche, röthlich gefärbte Verdickungen der Haut, an Stelle der später aufgetretenen Blasen je nach dem Alter schwarze, harte, oder braune, glatte Krusten. Lippen und Zahnfleisch stark geschwollen; an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut brandige Geschwüre. Mandeln und weicher Gaumen geschwollen; die ersteren, so weit sie sichtbar sind, besonders linkerseits mit erbsengroßen, wie Granulationen aussehenden Knötchen bedeckt. Die untere Hälfte des Gesichts linkerseits teigig geschwollen; in der Submaxillar- und Sternocleidomastoidalgegend links starke Drüsenpackete, rechts in geringerem Grade. Starke Salivation; Deglutition mehr erschwert als schmerzhaft Allgemeinzustand schlecht; Puls schwach, sehr frequent; Temperatur 40,5° C. An der Herzspitze ein schwaches systolisches Geräusch. Im Urin ziemliche Quantitäten Eiweiß. Diarrhoen. Therapie roborirend und lokal desinficirend. Der Tod erfolgte nach 7 Tagen im Zustande äußerster Prostration und leichtem Delirium. Zwei Tage vorher konnte man nochmals die Entwicklung einer erbsengroßen Herpesblase an der linken Lippenkommissur beobachten. Bei der Autopsie zeigte es sich, dass die Schleimhaut der Mundhöhle an den brandig afficirten Stellen in ihrer ganzen Dicke zerstört war. Im unteren Theil des Pharynx, am rechten Rande der Epiglottis und im Kehlkopf in der Höhe der aryepiglottischen Falten zahlreiche Ulcerationen. Die ganze hintere Fläche der Epiglottis mit punktförmigen Ecchymosen bedeckt. Auf der verdickten Mitralis frische Vege-



tationen von Weizenkorngröße. Die mikroskopische Untersuchung einer brandigen Schleimhautstelle ergab: Fehlen des Epithels, Durchtränkung der Bindegewebsschicht mit einer trüben Flüssigkeit, in der sich viele pigmentirte Körnchen, freie Fettkörnchen und körnige, weiße Blutkörperchen finden. Die elastischen Fasern sind unversehrt, die Bindegewebsfasern theilweise verschwunden. Die Untersuchung des Blutes während des Lebens hatte starke Vermehrung der weißen Körperchen und Mikrokokken in geringer Menge ergeben.

Die Verff. sind der Ansicht, dass der ursprüngliche Herpes phlyctaenoides der Gesichtshaut auf Mundhöhlen- und Pharynxschleimhaut übergegangen ist, dort, vielleicht unter dem Einfluss der Laktation, zu brandiger Zerstörung und im weiteren Verlauf zu allgemeiner Infektion Anlass gegeben hat. **Brockhaus** (Godesberg).

---

237. **Mestrum** (Dotzheim). Zur Praxis der Schutzpockenimpfung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 26.)

Verf. wendet sich gegen die Anwendung der Impflancette, welche augenscheinlich ursprünglich nur zur Impfung mittels Stich bestimmt war, aber auch ungemein häufig zur Schnittmethode verwandt wird. Er setzt die Nachtheile derselben aus einander und empfiehlt dringend ein anderes Instrument, das sogenannte englische Zahnfleischmesser, bei welchem die schneidende Fläche beilförmig senkrecht zum Handgriff aufgesetzt ist. Das Messer lässt sich schnell und gründlich reinigen, unfreiwillige Nebenverletzungen sind unmöglich, und Fehlimpfungen kommen fast gar nicht vor, weil der adhärente Lymphtropfen durch seine Schwere spontan nach der Richtung des entsprechenden Schnittes hinsinkt. Die Kinder merken kaum etwas von dem Schnitt. Verf. verwirft die übertrieben langen Schnitte und macht solche $1/2$ höchstens 1 cm lang, je 4 auf jeden Arm.

Kohts (Straßburg).

---

238. **Archambault.** Emploi des vésicatoires chez les enfants[1].

(Progrès méd. 1882. No. 21 u. 22.)

Der Verf. nimmt folgenden Standpunkt ein: Die Vesikatore, bei Kindern angewandt, richten oft großen Schaden an, sie verursachen eine Komplikation, die oft schlimmer ist, als das Grundleiden, gegen welches sie gerichtet sind; ihr Nutzen ist ein höchst zweifelhafter. Sie werden von den meisten Ärzten leichtsinnig und kritiklos angewandt, sowohl was die Indikationen als auch die Technik und die Kautelen der Applikation selbst anbetrifft.

Er stellt folgende Kontraindikationen auf:

---

[1] Das Referat wird hier noch einmal gegeben, weil es einige Punkte mit größerer Ausführlichkeit behandelt. Anm. d. Redaktion.



Gänzlich zu vermeiden sind die Vesikatore bei schwächlichen, heruntergekommenen, mit chronischen Affektionen behafteten Kindern. Hier bewirken sie Fieber, Schmerzen, Schlaflosigkeit, nervöse Symptome. Die Wunden haben wenig Tendenz zur Heilung, eitern lange, und schwächen so die Kinder. Skrofulöse Symptome treten oft erst nach Vesikationen auf, die vorher latent waren.

Zu verwerfen sind sie bei Gefahr einer diphtheritischen Infektion von außen und natürlich auch bei diphtheritischer Erkrankung; also auch beim Krup. Eben so ist bei Pseudokrup die Applikation auf die Larynxgegend, wie sie oft geübt wird, zu perhorresciren; denn einmal nützt sie nichts, dann ist die Unterscheidung vom echten Krup meist nicht möglich. Verf. erzählt einen Fall, wo in einem solchen Falle die Tracheotomie nöthig wurde, und man in der Vesikatorwunde operiren musste. Die ganze Stelle wurde natürlich diphtheritisch und der Pat. starb daran, denn absteigender Krup bestand nicht.

Eben so zu verwerfen sind die Vesikatore im Nacken, wie man sie bei allen möglichen Affektionen, am häufigsten bei Meningitis, anwendet. Sie nutzen gar nichts, höchstens können sie bei tiefem Coma eine kurze Erleichterung verschaffen. Sonst vermehren sie die Excitation, verursachen sogar mitunter Konvulsionen, bewirken Fieber, Schlaflosigkeit, oft sogar Nackenstarren, überhaupt verwischen sie das Krankheitsbild bis zur Unkenntlichkeit; gar nicht zu reden von den Fällen, wo toxische Nephritis und Dysurie die Folge ist.

Auch auf die hintere Thoraxwand bei Lungen- und Pleuraerkrankungen applicirt, richten sie nur Unheil an, hinterlassen Geschwüre, Decubitus, stören den Schlaf und die normale Lage auf dem Rücken. Wenn überhaupt soll man dieselben seitlich oder vorn auf die Brust appliciren.

Auch auf die Innenfläche der Oberschenkel applicirt veranlassen sie durch die unvermeidlichen Verunreinigungen Erysipele, tiefe Defekte etc. Was nun die Art der Applikation anbetrifft, so ist mit ganz anderen Kautelen zu verfahren wie bei Erwachsenen. Man darf das Pflaster natürlich entsprechend kleiner bei Kindern unter einem Jahre höchstens $1-1^1/_2$, höchstens 2 Stunden liegen lassen; tritt keine Blasenbildung ein, so ist die Zeitdauer nicht etwa zu verlängern, sondern dann sind auf die betreffende Stelle Kataplasmen von Brotkrumen, oder Milch, oder Kartoffelmehl zu legen.

Die Blasen sind aufzustechen und die abgehobene Epidermis sorgfältig zu konserviren durch geeignete Verbände, nachdem ein mit frischer Butter, oder Cold-cream, Vaseline oder Glycerin getränktes Leinwandläppchen aufgelegt ist; Cerate werden leicht ranzig und sind zu vermeiden. Die Vesikatore sind von den Ärzten selbst zu legen und mit Heftpflaster, Watte etc. genau zu fixiren, damit sie nicht verschoben werden. Eben so ist durch Verbände die Eintrocknung möglichst zu beschleunigen; zögert diese, so lege man Ka-



taplasmen, streue feingepulverte Chinarinde auf, oder wasche die Wunde mit

Decoct. cort. Chin. 500,0
Acid. carbol. 5,0
Aq. destill. 500,0.

Bei übelriechender Absonderung kann man eine Präcipitatsalbe, bei schmierigem Belag und schlaffer Granulationsbildung den Lapisstift oder eine 5%ige Lapislösung appliciren; bei letzteren eventuell mit ClN-Lösung abspülen. Bei Hypersekretion und verdächtigem Belage empfiehlt sich der gebrannte Gips 1stündlich aufgestreut und bei jeder neuen Puderung die trockene Kruste entfernt oder eine Lösung von Kampher in Phenol, z. B.

Kamphor. trit. 25,0
Acid. carbol. 10,0.

Natürlich ist auch die Allgemeinbehandlung nicht außer Acht zu lassen.

Kohts (Straßburg).

---

239. **Beissel.** Balneologische Studien mit Bezug auf die Aachener und Burtscheider Thermalquellen.

Aachen 1882.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung von Aachen und Burtscheid erörtert Verf. die geologischen Verhältnisse beider Städte, die chemische Zusammensetzung ihrer Quellen mit Angabe einer genauen Analyse der Aachener Kaiserquelle und des Burtscheider Viktoriabrunnens, den Unterschied der Thermen beider Orte, die Art ihrer Benutzung etc. Sodann bespricht er die verschiedenen Badeformen und ihre Einwirkung auf den menschlichen Organismus, speciell auf das Nervensystem, die Respiration, Cirkulation, Hautthätigkeit und den Stoffwechsel. Bezüglich der Vollbäder kommt er auf Grund eigener Untersuchungen, über welche eine Tabelle beigegeben ist, zu dem Ergebnis, dass nach denselben die Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnes abnimmt, sein Procentgehalt an Harnstoff, Harnsäure und Schwefelsäure dagegen zunimmt. Danach überwog die quantitative Verminderung der Harnmenge, so dass die an den Badetagen ausgeschiedene absolute Menge der genannten Harnbestandtheile geringer war, als an den Normaltagen. Diese Verminderung wurde durch eine vermehrte Ausscheidung in den nächsten Tagen ausgeglichen. B. ist der Ansicht, dass durch die Vollbäder der Stoffwechsel angeregt, die Harnstoff- und Harnsäurebildung im Körper vermehrt wird. Die verminderte Ausscheidung an den Badetagen erklärt sich durch die geringe Harnmenge, und der Umstand, dass der menschliche Harn nur einen bestimmten Procentgehalt von Harnstoff etc. zu lösen vermag. Die günstige Wirkung der Duschen auf die Lösung und die Resorption von Exsudaten erklärt Verf. auf mechanische Weise. »Die Gefäße der Haut, welche über dem erkrankten Theil liegen und direkt von dem Strahl



getroffen werden, erweitern sich und bilden so die natürlichen Öffnungen zur Entfernung der gelösten und abgesprengten Exsudatmassen.«

Die Wirkung der Dampf(kasten)bäder auf den Stoffwechsel ist nach den Versuchen von B. eine ähnliche, aber viel intensivere als die der warmen Vollbäder. Hier überwiegt an den Badetagen die procentige Vermehrung des Harnstoffs, der Harn- und Schwefelsäure im Harn derart, dass trotz der verminderten Harnmenge die in 24 Stunden ausgeschiedene Quantität obiger Stoffe vermehrt ist. Diese Vermehrung lässt sich auch noch an den dem Badetage folgenden Tagen konstatiren. Eine weitere Wirkung der Dampfbäder erwartet Verf. von dem durch die Haut in den Organismus eindringenden Schwefelwasserstoff und der Kohlensäure der Thermaldämpfe.

Versuche, welche B. mit der inneren Darreichung des Aachener Thermalwassers machte, ergaben eine Vermehrung der Harnsäure um 0,5—0,8 g in 24 Stunden. Die gleichzeitig beobachtete Vermehrung der Schwefelsäureausscheidung kann nicht allein auf die im Thermalwasser enthaltenen Schwefelalkalien bezogen werden, sondern muss entweder durch aufgenommenen gasförmigen Schwefelwasserstoff oder aus dem vermehrten Zerfall der Eiweißkörper des Organismus erklärt werden. Weitere, bei der Trinkkur in Betracht zu ziehende Faktoren sind nach B. der Gehalt des Thermalwassers an Chlornatrium und kohlensaurem Natron und die bekannten Wirkungen dieser Stoffe auf Magen- und Darmschleimhaut etc., so wie der Gehalt an Schwefelalkalien, welche besonders auf Leberthätigkeit und Gallenbereitung einen günstigen Einfluss ausüben sollen.

Verf. erörtert sodann die verschiedenen Krankheitsformen, bei denen der Gebrauch der Aachener und Burtscheider Thermen erfahrungsgemäß von günstiger Wirkung ist: Syphilis, Rheumatismus, Arthritis deformans, Gicht, Hautkrankheiten, Lähmungen und Neurosen, Verletzungen und chronische Metallvergiftungen. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

Im letzten Theile seiner Arbeit behandelt B. die sanitätspolizeiliche Überwachung der Heilquellen. Er verlangt gesetzliche Bestimmungen zum Schutze der als heilkräftig anerkannten Quellen, welche qualitative und quantitative Veränderungen derselben zu verhüten im Stande sind, besonders Überwachung von Erdarbeiten, Brunnenanlagen etc. in den anstoßenden Grundstücken, Kontrolle der Badeeinrichtungen, öftere, auf die wichtigsten festen und gasigen Bestandtheile beschränkte Analysen, fortlaufende Beobachtungen über den Einfluss meteorologischer Verhältnisse auf die Quellen und vor Allem Sorge für die Herbeiführung günstiger hygienischer Bedingungen (mustergültige Kanalisation, luftige, breite Straßen, gutes Trinkwasser etc.) in den Badeorten und ihrer Umgebung.

Brockhaus (Godesberg).



240. Cérenville. Observations cliniques sur l'emploi des injections hypodermiques de Strychnine dans le traitement de quelques affections du système nerveux. Klinische Beobachtungen über die Anwendung subkutaner Strychnineinspritzungen bei der Behandlung einiger Affektionen des Nervensystems.

(Revue méd. de la suisse rom. 1882. No. 6 u. 7.)

Verf. erwähnt zunächst die Ansichten einer Reihe von hervorragenden Neurologen über die Wirksamkeit des Strychnins in Nervenkrankheiten, welche im Allgemeinen wenig günstig für das Mittel sind. Nach C. mit Unrecht. Er hält das Strychnin für ein mächtiges Heilmittel in einer ganzen Reihe chronischer nervöser Affektionen. Bei akuten Erkrankungen ist es meist seiner irritirenden Eigenschaften wegen kontraindicirt. C. unterscheidet 4 Gruppen von Erkrankungen des Nervensystems, in denen er das Strychnin mit Erfolg angewandt hat.

Die 1. Gruppe umfasst die »umschriebenen oder allgemeinen Muskelatrophien meist als Folgen abgelaufener oder chronisch gewordener Neuritiden«. Es sind im Ganzen 15 näher beschriebene Beobachtungen, deren Details im Original nachzusehen sind. Gewöhnlich wurde neben den Strychnininjektionen Elektricität, Hydrotherapie etc. angewandt; dass aber bei den meist günstigen Erfolgen erstere die Hauptrolle spielten, beweisen Fall 1, 7 und 13, in denen nach wirkungsloser Anwendung der übrigen Heilmittel die Strychnininjektionen Besserung resp. Heilung herbeiführten. Bezüglich der Kontraindikationen zu ihrer Anwendung stellt C. folgende Sätze auf:

1) Seitens der sensibeln Nerven ist stets der Grad ihrer spontanen oder durch Druck hervorgerufenen Schmerzhaftigkeit zu beachten. Tritt im Verlauf der Strychninbehandlung einer allgemeinen oder cirkumskripten Muskelatrophie eine auf einen Nerv, z. B. den Ischiadicus beschränkte Neuralgie auf, so kann man die Strychninbehandlung noch einige Tage vorsichtig fortsetzen, muss aber damit aufhören, wenn die Schmerzhaftigkeit andauert oder stärker wird. Tritt eine schmerzhafte Reizung im Gebiete mehrerer Nerven gleichzeitig ein, so ist das Strychnin sofort auszusetzen. Das Mittel kann aber wieder angewandt werden, sobald durch Morphium, Bäder etc. die Neuralgie geschwunden ist.

2) Zu beachten ist der Zustand der trophischen Nerven. Zeigen sich Deformationen der Gelenke und ihrer Umgebung, meist bestehend in Verdickung des periartikulären Bindegewebes und besonders beobachtet an den Metakarpophalangealgelenken, so wie an den Gelenken des Tarsus, der Hüfte und der Schulter, welche bei Ausschluss anderweitiger Ursachen z. B. des Rheumatismus, auf trophische Störungen zurückzuführen sind, so wird das Strychnin schlecht ertragen und muss eventuell ausgesetzt werden. Gleiches gilt von dem

Ausbruch von Herpes oder von vermehrtem Wachsthum der Haare an verschiedenen Körperstellen (Fall 12).

3) Treten Kontrakturen oder Zuckungen der Muskeln ein, so ist die Dosis des Strychnins zu verkleinern.

4) Ungleichheit der Pupillen ist oft das Zeichen einer beginnenden irritativen Neuritis, und muss dies Symptom bei der Strychninbehandlung zur Vorsicht mahnen.

Die Indikationen zur Strychninbehandlung präcisirt C. dahin:

Besteht lokalisirte oder mehrere Muskelgruppen derselben Extremität betreffende Atrophie, so ist das Strychnin um so wirksamer, je schlaffer die Muskeln sind und je mehr die Affektion Neigung zu schmerzloser Weiterverbreitung, z. B. von einer unteren auf eine obere Extremität hat. In frischen, schmerzlosen oder wenig schmerzhaften Fällen oder in solchen, wo nach anfänglicher Schmerzhaftigkeit dieselbe geschwunden ist, wird die Strychninbehandlung gewöhnlich gut ertragen.

Die 2. Gruppe umfasst die »Myelitiden, die entweder stationär geworden oder in langsamem Fortschreiten begriffen sind«. Es sind im Ganzen 3 Fälle, der eine betrifft eine Entzündung des Rückenmarks in seiner ganzen Länge, der zweite nur im Dorsaltheil. In beiden waren die Resultate der Strychninbehandlung vorzüglich, weniger gut in dem dritten Falle (Bulbärparalyse mit Atrophie bei einem 11jährigen Kinde); doch war auch hier Besserung zu konstatiren.

Gruppe 3. Fünf Fälle von Hinterstrangsklerose. In 3 Fällen erhebliche Besserung bei Strychninbehandlung, in dem 4. wurde das Mittel nicht ertragen, im 5. blieb es ohne jede Wirkung. Bemerkenswerth ist die Wirkung des Strychnins auf die Incontinentia urinae, welche in den 3 ersten Fällen bestand und durch die Strychnininjektionen vollständig gehoben wurde. In Fall 2 wurden die Injektionen nach längerer Anwendung ausgesetzt; 6 Tage später aufs Neue Inkontinenz, die einigen weiteren Injektionen wich. In diesem Falle wurde auch ein Versuch mit der inneren Darreichung von Strychnin in Pillenform gemacht, aber bald aufgegeben, da der Zustand des Kranken sich verschlimmerte und Leibschmerzen mit Diarrhoe sich einstellten. Bei Wiederaufnahme der Injektionen rasche Besserung.

Gruppe 4. Cerebralaffektionen. Besserung in einem Falle von Paralyse des Arms nach Apoplexie; Heilung in einem Falle von rasch voranschreitender Gehirnerweichung mit schwerer Parese der Glieder, psychischer Störungen, totaler Aphasie und Agraphie. In zwei anderen Fällen kein Erfolg.

Günstige Wirkung von der Strychninbehandlung sah C. ferner in den chronischen Formen der infantilen Myelitis, besonders bei gleichzeitiger Anwendung des elektrischen Stromes. »Die durch das Strychnin hervorgerufene Erregung der Vitalität der Nerven und Nervenzellen ist ein Stimulans für die unter dem Einfluss des elektrischen Stromes eintretende Restauration der Muskelfaser.« Die tonisirende Wirkung des Strychnins macht sich endlich nach C. besonders



geltend in den Fällen von verschleppter Rekonvalescenz nach Typhus und Diphtheritis, wie auch in den nach diesen Krankheiten zurückbleibenden Lähmungen und Atrophien.

Die Dosis, in der C. das Strychnin anwandte, schwankte zwischen 0,001 und 0,006 pro Injektion, die Zahl der letzteren zwischen 14 und 315. Die subkutane Anwendung ist der innern entschieden vorzuziehen wegen der Möglichkeit der genaueren Dosirung, der rascheren Resorption und Elimination und der Vermeidung der bei Darreichung per os von Einigen beobachteten kumulirenden Wirkung des Mittels. Wirkliche Intoxikationserscheinungen sah C. nie. Die Intoleranz gegen das Mittel zeigte sich in einem Falle in hartnäckigem Kopfschmerz, in einem anderen in bald vorübergehendem Trismus, zuweilen in Tenesmus der Blase. Nie beobachtete C. das als Initialsymptom der Strychninintoxikation bezeichnete Jucken auf dem behaarten Theil des Kopfes. Der Injektionsort ist bei lokalisirten Erkrankungen in der Nähe der atrophischen Muskeln; sind zahlreiche Injektionen nöthig, so ist mit dem Ort zu wechseln.

Auf Grund seiner Erfahrungen redet C. weiteren Versuchen mit der Strychninbehandlung warm das Wort.

Brockhaus (Godesberg).

---

241. **Martin Cohn** (Berlin). Die Wirkungen des Resorcin und seine Anwendung in der Kinderpraxis.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 7 u. 8.)

Nachdem 1878 Andeer zuerst das Resorcin als neues Antisepticum empfohlen und in den folgenden Jahren weitere Indikationen für die Anwendung desselben, besonders auch bei abnormen Gährungsvorgängen und mykotischen Processen innerer Organe gegeben hatte, ist dasselbe von verschiedenen Beobachtern eingehenden Untersuchungen unterzogen worden. Die antiseptischen Eigenschaften wurden im Allgemeinen bestätigt, wenn auch nicht vollständig anerkannt; so wird von Guttmann eindringlich vor der Anwendung bei Blasenkatarrhen gewarnt, eben so von Leyden und Goltdammer, welche gar keine Erfolge damit hatten. Die Untersuchungen von Brieger, Lichtheim und Jaenike zeigten, mit wie vielen Übelständen die Anwendung des Resorcin als Antipyreticum verbunden sei, nur bei der Intermittens mussten die beiden letzten Autoren gewisse Erfolge zugeben. Größere Anerkennung fand das Präparat bei der Behandlung der kindlichen Brechdurchfälle, und die Beobachtungen von Totenhoefer und besonders von Soltmann berechtigen in der That zu großen Hoffnungen. Verf. theilt seine Untersuchungen über das Resorcin in einen experimentellen und in einen klinischen Theil; in letzterem werden die Wirkungen desselben in einer Reihe von Krankheitsfällen bei Kindern erprobt.

Die Thierexperimente, auf welche nur ganz kurz eingegangen werden kann, ergaben:

1) Dass eine schnelle Resorption des Resorcins von der Haut aus stattfindet, und dass relativ kleine Dosen (0,025) bei Fröschen stürmische Erscheinungen mit tödlichem Ausgang hervorrufen.

2) Bei subkutaner Injektion genügt eine Dosis von 0,08 bei Fröschen, um heftige Krämpfe und baldigen Tod herbeizuführen. Die Injektion ist nicht schmerzhaft.

3) Das Resorcin besitzt eine direkte Einwirkung auf das Herz. In allen Fällen sank bei Eintritt der Konvulsionen die Anzahl der Herzkontraktionen und je nach der Stärke der injicirten Dosis trat der Tod in längerer oder kürzerer Zeit unter allmählich schwächer und seltener werdenden Herzkontraktionen ein.

4) Antipyretische Wirkung. 2 Kaninchen wurden 0,5 g fauligen Harns eingespritzt. Eine Stunde nachher 40,5° C. Temperatur. Nach Injektion von Resorcin 0,5 1/2 Stunde nachher 38,6, 3 Stunden nachher wieder 40. Nach 30 Minuten zweite Injektion von 0,5 Resorcin; unter Krämpfen trat Temperaturabfall von 1,5° C. ein mit 2stündiger Dauer.

1%ige Resorcinlösung verzögert zwar, aber verhindert nicht die Milchgährung; nach Eintritt der Gährung schimmelt die Milch in demselben Maße wie gewöhnliche Milch.

Die Beobachtungen des Verf. bei Krankheitszuständen der Kinder beziehen sich zunächst auf 3 Fälle von katarrhalischer Stomatitis; 2 waren mit Gastrokatarrh komplicirt. Alle 3 wurden schnell geheilt. Es genügte eine Dosis von 0,03 mit 20 Sir. Störende Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Dann kamen 35 Fälle von Durchfall und Brechdurchfall zur Behandlung, »von denen 30 geheilt wurden, von den 5 letal geendeten Fällen sind 2 erst nach langem Bestehen des Brechdurchfalls in elendem Zustande in Behandlung gekommen, ein dritter Fall betraf einen Knaben, dessen Ernährungszustand ein so elender war, dass das Kind fast skelettartig abgemagert in die Poliklinik gebracht wurde. Die Wirkung des Resorcin war eine rasche und sicher eintretende; die Zahl der Stuhlgänge wurde bald herabgesetzt und das Erbrechen sistirt. Im keinem Falle traten üble Nebenwirkungen auf«. Die Dosis war 0,1—0,4 (!) pro die auf 60,0 Inf. Chamomill. mit 20 Sir. Die Diät bestand in Milch mit Haferschleim, nöthigenfalls in Eis gekühlt. Nebenbei Wein und Excitantien (Äther, Kampher).

Kohts (Straßburg).

---

242. Sereins. Morsure de Vipère. Traitement par des injections hypodermiques d'acide phénique. Guérison rapide. Schlangenbiss. Behandlung mit subkutanen Karbolinjektionen. Schnelle Heilung.

(L'union méd. 1882. No. 88.)

Eine 40jährige Frau wird von einer der im Süden Frankreichs häufigen giftigen Vipern unter den äußeren Knöchel des linken Fußes



gebissen. Eine halbe Stunde später heftiger brennender Schmerz in der Wunde und längs des Beines; Gefühl von Zusammenschnüren des Leibes, Erstickungsangst, Übelkeit, Erbrechen schleimiger und galliger Massen. Der Brechakt wird jedes Mal durch eine, von der Wunde zum Magen aufsteigende schmerzhafte Aura eingeleitet. S. sah die Kranke nach 2 Stunden. Es bestand fortwährendes Erbrechen, große Erstickungsangst. Haut kalt mit Schweiß bedeckt, Puls klein, 110 Schläge in der Minute. Oberhalb der beiden kleinen Bisswunden eine Blase, verursacht durch eine aufgelegte Kompresse mit Ätzammoniak. Der untere Theil des Unterschenkels stark geschwollen, die Haut marmorirt mit gelblichen Flecken und kleine Ecchymosen, dazwischen vereinzelte mit gelblicher Flüssigkeit gefüllte Bläschen. S. machte von einer Lösung von Acid. carbol. 2,0 auf 15,0 Glycerin 4 Injektionen, eine oberhalb der Wunden, die drei anderen an der oberen Grenze der Geschwulst; der Rest der Karbollösung wurde per Klysma gegeben. Eine Stunde später bedeutende Abnahme der Geschwulst, das Erbrechen lässt nach und hört nach 3 Stunden gänzlich auf. In der Nacht etwas Schlaf, am folgenden Tage, abgesehen von leichter Schwellung des Unterschenkels, völliges Wohlbefinden. Nach S. ist besonders die rasche und prompte Wirkung der Karbolsäure bemerkenswerth. Bei der sonst in Südfrankreich üblichen Methode (Kauterisation der Bisswunden und Ligatur um den betroffenen Theil) tritt oft der Tod und in den günstig verlaufenden Fällen die Heilung selten vor dem 12. Tage ein.

Brockhaus (Godesberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.
Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 18. **Sonnabend, den 12. August.** **1882.**

243. J. **Kaulich.** Zur Therapie der Diphtherie.

(Prager med. Wochenschrift 1882. No. 19—20.)

Durch die Koch'schen Untersuchungen über die bakterientödtende Wirkung des Sublimats angeregt, stellte Verf. mit diesem Mittel therapeutische Versuche bei Diphtheritis an. Die Anwendung desselben geschah lokal und innerlich; lokal durch Bepinselung der Auflagerungen in Mund, Nase und Rachen, mit einer Lösung von 0,05—0,1 g auf 100 (4mal des Tages bis 2stündlich), bei Tracheotomirten wurde auch die Trachealwunde, so wie die Trachea selbst mit jener Lösung ausgewaschen; ferner mittels Inhalation 0,005 auf 1000), welche je nach der Individualität des Falles entweder stündlich oder in längeren Zwischenräumen 15 Minuten lang vorgenommen wurde. Innerlich geschah die Verabreichung des Sublimats bei kleineren Kindern in Gaben von 0,01 auf 100 pro die, bei größeren 0,02 innerhalb 36—24 Stunden und zwar wurde das Sublimat mit Eidotter verrieben und

18



nebst Kognak etwas Sirup zugesetzt. Außerdem machte K. von der lokalen Wärmeapplikation ausgiebigen Gebrauch.

Unter 9 auf diese Weise behandelten zumeist schweren Fällen von Diphtherie, welche sämmtlich die Vornahme der Tracheotomie zu erheischen schienen, konnte 2mal, und nach des Verf. Überzeugung Dank der eingeleiteten Therapie, diese Operation vermieden werden. Von diesen 9 Fällen starben 2; beide Todesfälle betrafen tracheotomirte Kinder, in beiden Fällen war Pneumonie nachweisbar. — Von 8 anderen während desselben Zeitraumes aufgenommenen nicht mit Sublimat behandelten Kranken starben 5, sämmtlich Tracheotomirte. K. schreibt dem Sublimat außer der antibakterischen Eigenschaft eine direkte Einwirkung auf die Membranen zu, welche darin bestehe, dass dieselben sich rasch ablösen, ohne dass lokale Recidive auftreten. Die günstigen Erfolge bestimmen den Verf. zur weiteren Prüfung dieser Behandlungsweise aufzufordern, weiter betont er, dass die Medikation so früh als möglich Platz greifen müsse und mit unverdrossener Ausdauer durchzuführen sei.

E. Schütz (Prag).

244. **Damsch.** Die Impfbarkeit der Tuberkulose als diagnostisches Hilfsmittel bei Urogenitalerkrankungen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. p. 78.)

Bei der oft unüberwindliche Schwierigkeiten darbietenden differentiellen Diagnose der unter dem Bilde chronischer Entzündungen mit Eiterung einhergehenden Erkrankungen der Harnwege, besonders mit Rücksichtnahme auf eine tuberkulöse Grundlage, unternahm Verf. auf Anregung Ebstein's, bei der anerkannten Thatsache der Impfbarkeit der Tuberkulose, diese Eigenthümlichkeit als diagnostisches Hilfsmittel auch bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates zu verwerthen und auf seine Stichhaltigkeit zu prüfen. Zur Impfung wurde der Bodensatz des Urins genommen, der unter »antiseptischen Kautelen« aufgefangen und mit einer 0,6 %igen ClNa-Lösung verdünnt abgestellt worden war. Als Ort der Impfung diente die vordere Augenkammer resp. Glaskörper vom Kaninchen.

Die Impfungen zunächst, welche mit Material gemacht wurden, welches von Patienten stammte, bei denen die Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung der Harnwege sicher stand — im Ganzen 7 Fälle mit 14 Impfungen — waren sämmtlich erfolgreich, bei 2 Impfungen trat gleichzeitig septische Infektion ein, welche zu Panophthalmitis führte, eine spätere Tuberkeleruption trat gleichwohl ein. Durch die mikroskopische Untersuchung der enukleirten Augen wurde die Tuberkeleruption noch außerdem bestätigt.

Erfolglos waren 5 Impfungen, welche mit dem Urin einzelner dieser Fälle angestellt wurden, zu Zeiten, wo derselbe fast klar, nicht sedimendirend abgesondert worden war.

Die als Gegenprobe angestellten Impfungen mit eiterhaltigem Urin von solchen Patienten deren Blasenleiden mit Sicherheit als



nicht tuberkulös angesehen werden konnte, ergaben negative Resultate. Bei dem einen Versuchsthier trat Panophthalmitis mit Phthisis bulbi ein, ohne dass 4 Monate später eine Tuberkeleruption nachgewiesen werden konnte.

In 2 dubiösen Fällen, welche beide in dem Verdacht der Tuberkulose standen, hatte Verf. Gelegenheit, dieses diagnostische Hilfsmittel in Anwendung zu bringen. In dem ersten, einen 27jährigen Mann betreffend, welcher seit 2 Jahren an Blasenkatarrh litt und bei dem die objektive Untersuchung außer eiterhaltigem Urin einen harten Knoten im Nebenhoden ergab, war die Impfung erfolgreich; in dem zweiten, eine 26jährige Frau, welche seit 9 Jahren an Urinbeschwerden litt, einen blut- und eiterhaltigen Harn absonderte, blieb die Tuberkeleruption bei dem Versuchsthier aus.

Hindenlang (Freiburg i/B.).

---

245. **Bovel.** De l'ozène catarrhal. Über katarrhalische Ozäna.

(Rev. méd. de la suisse rom. 1882. No. 5.)

Im Anschluss an einen näher beschriebenen Fall erörtert Verf. seine Ansicht über die in Rede stehende Erkrankung. Ätiologisch legt er in den Fällen, wo keine dyskrasischen Zustände, Syphilis, Tuberkulose etc. vorhanden sind, das Hauptgewicht auf eine unvollständige Entwicklung der Nasenhöhlen. Er bespricht sodann den gewöhnlichen Verlauf der Erkrankung, der in schweren Fällen durch Fortschreiten der Entzündung auf die Meningen und Thrombenbildung in den Gehirnsinus zum Tode führen kann, gewöhnlich aber nach 2—4jähriger Dauer unter Narbenbildung ausheilt, in einigen Fällen auch stationär bleibt. Als Begleiterscheinungen der katarrhalischen Ozäna beobachtete er: dumpfen, durch Druck vermehrten Schmerz zwischen beiden Augen und auf die Arcus supraorbitales ausstrahlend, in einem Falle einseitigen Nystagmus, der aber nur während der Nacht bestand, Conjunctivitis, Thränenträufeln, endlich in 3 Fällen eine Psychose mit dem Charakter der Melancholie, leichtem Stupor ohne Hypochondrie; mit der Heilung des Nasenleidens besserte sich auch der geistige Zustand. Bemerkenswerth war nach B. in letzteren Fällen der Umstand, dass das Nasenleiden die Kranken in keiner Weise zu belästigen schien, während sie alle drei über heftigen Kopfschmerz klagten. Nach den Erfahrungen des Verf. kommt Ozäna besonders bei jungen Mädchen vor, seltener bei jungen Männern, und scheint das Leiden bei den Erwachsenen vollständig zu schwinden; auch will er den Beginn der Erkrankung öfter links als rechts beobachet haben. Die Therapie kann nur eine operative sein, da alle anderen Mittel, innerliche wie äußerliche, unwirksam sind. B. verwirft alle Operationsmethoden, bei denen irgend eine entstellende Narbe zurückbleibt. Seine Methode, die er in einer Reihe von Fällen als sehr wirksam erprobt hat, besteht darin, in der Narkose bei



hängendem Kopf die erkrankte Schleimhaut mit dem scharfen Löffel auszuschaben und nachher mit dem Galvanokauter auszuätzen. Beim Ausschaben kann man die erkrankten, zottigen und geschwürigen Schleimhautpartien von den gesunden sehr gut durch das Gefühl unterscheiden. Die Heilung erfolgt durch Bildung einer glatten Narbe an Stelle der erkrankten Schleimhaut; der Geruch geht für immer verloren.

Brockhaus (Godesberg).

---

246. **Tordeus.** Essai sur le muguet des nouveau-nés. Studie über den Soor der Neugeborenen.

(Thèse d'agrégation. Brüssel 1882.)

Das erste Kapitel seiner Arbeit widmet Verf. der Geschichte des Soors. In den medicinischen Schriften des Alterthums finden sich keine exakten Notizen über diese Krankheit; bis zum Ende des 17. Jahrhunderts wird der Soor wie alle anderen Lokalerkrankungen des Mundes mit ulcerösem und gangränösem Charakter unter dem gemeinsamen Namen der Aphthen zusammengefasst, während späterhin letztere Bezeichnung auf die papulösen und vesikulösen Affektionen der Mundschleimhaut beschränkt wird. Im Anfang dieses Jahrhunderts ging die Ansicht der Mehrzahl der Ärzte dahin, dass der Soor durch Bildung falscher Membranen entstehe, bis im Jahre 1840 Berg das Wesen der Krankheit in der Entwicklung eines vegetabilischen Parasiten erkannte, welchem Robin den Namen Oidium albicans beilegte.

In Kapitel 2 bespricht T. die Ätiologie des Soors. Er beschreibt die morphologischen Eigenschaften des Soorpilzes und erwähnt die divergirenden Ansichten der Autoren über die Gattung der niederen Organismen, welchen derselbe zuzuzählen ist. Bis zur endgültigen Entscheidung dieses Streites will er an dem Namen: Oidium albicans festhalten. Die Keime des Soorpilzes werden sowohl durch die Luft als direkt durch Löffel, Saugflaschen etc. übertragen. Das früheste Kindesalter, besonders die Neugeborenen und von diesen wieder die schwachen, zu früh geborenen erkranken am leichtesten an Soor; gewisse Krankheiten, vor Allem Gastrointestinalkatarrhe begünstigen die Entwicklung desselben, eben so die heiße und feuchte Jahreszeit, schlechte Nahrung, Unreinlichkeit etc. Den Grund, warum hauptsächlich Neugeborene an Soor erkranken, findet T. in der, der Entwicklung des Pilzes günstigen sauren Reaktion der Mundflüssigkeit, in der geringen Speichelabsonderung als Folge unvollendeter Entwicklung der Parotis, so wie in den, besonders bei schwachen, unreifen Kindern mangelhaften Saug- und Deglutitionsbewegungen. Ernährung mit Amylaceen begünstigt die saure Reaktion der Mundflüssigkeiten, und damit die Entwicklung des Soorpilzes.

Kapitel 3 behandelt die pathologische Anatomie des Soors. Lieblingssitz desselben ist der vordere Theil und die Seiten der Zunge, von da verbreitet er sich auf Lippen, Wangenschleimhaut und Schleim-

haut des harten Gaumens, seltener auf das Zahnfleisch. Die erste Entwicklung der Soorwucherungen zeigt sich in Form feiner Punkte, die sich vergrößern, allmählich konfluiren und schließlich eine die ganze Mundhöhle auskleidende Membran bilden können. Die Farbe der Soorwucherungen ist weiß, zuweilen schmutzig weiß, gelblich oder selbst schwärzlich. Die gelbliche Farbe rührt nach T. oft von der Beimengung rother Blutkörperchen her. Die Entwicklung des Soorpilzes führt zu einer katarrhalischen Entzündung der Mundschleimhaut; dagegen stehen nach T. die von Vallein, Trousseau u. A. bei Soor beobachteten Ulcerationen am harten Gaumen mit diesem in keinem direkten ursächlichen Zusammenhang. Andere Lokalisationen des Soors sind: Pharynx, Ösophagus, Kehlkopf, besonders die mit Plattenepithel versehenen falschen Stimmbänder, aber auch Cylinderepithel tragende Stellen, Magen, Dickdarm, Gehirn und Lungen. Für alle diese Lokalisationen stellt T. eine Reihe theils eigener, theils fremder Beobachtungen zusammen, über die das Nähere im Original nachzusehen ist. Bei der von Parrot herrührenden Beobachtung von Soorbildung in den Lungen (kirschkerngroßer, gelblicher Knoten in der rechten Spitze, in dem die mikroskopische Untersuchung Soorpilze in Menge nachwies) bleibt es nach T. zweifelhaft, ob sich die Pilzwucherungen an der erwähnten Stelle selbst gebildet resp. vermehrt haben, oder ob sie durch successiv mit dem Luftstrome eingeführte, aus dem Mund stammende Pilzbröckel gebildet sind. Endlich ist Soor beobachtet worden an der Brustwarze stillender Frauen, an dem Scheideneingang frisch Entbundener und auf dem inneren Blatt der Vorhaut bei Diabetikern. Die Pilze entwickeln sich nach T. zuerst unter dem Epithelium, und wuchern dann durch dasselbe nach oben, so wie nach unten in die Bindegewebsschicht der Schleimhaut, ja selbst in das submuköse Gewebe und die in demselben verlaufenden Blut- und Lymphgefäße.

Kapitel 4 und 5 sind der Beschreibung der Symptome und des Verlaufs, so wie der Differentialdiagnose und Prognose des Soor gewidmet. Verf. unterscheidet zwischen idiopathischem und symptomatischem Soor. Ersterer ist eine fieberlos verlaufende, stets auf die Mundschleimhaut beschränkte Affektion mit günstiger Prognose, kann jedoch in vernachlässigten Fällen zu ernsteren Verdauungsstörungen führen. Beim symptomatischen Soor hängen Verlauf und Prognose wesentlich von der Schwere der Erkrankungen ab, welche derselbe komplicirt. Tritt Soor zu Cholera nostras hinzu, oder werden durch hartnäckige Durchfälle erschöpfte Kinder von ihm befallen, so ist die Prognose sehr schlecht; bei marantischen Zuständen Erwachsener zeigt das Auftreten von Soor stets die Nähe des Todes an. Verwechseln kann man die Soorwucherungen mit Aphthen, geronnenen Milchkrümeln, die an irgend einer Stelle der Mundschleimhaut haften, ulceröser Stomatitis und diphtheritischen Belägen, doch ist nach T. die Differentialdiagnose stets leicht; besonders in Betracht kommt das Alter der Erkrankten, so wie die Farbe, Konsi-



stenz und Adhärenz der Wucherungen. In zweifelhaften Fällen entscheidet das Mikroskop.

In dem 6., die Therapie behandelnden Kapitel legt T. den Hauptwerth auf sorgfältige Prophylaxis, Reinlichkeit, gute Nahrung etc. Besonders für Kinderhospitäler empfiehlt er strenge Isolirung der Soorkranken von den Gesunden und gute Ventilation zur Fortführung der in der Luft suspendirten Soorkeime. Lokal wendet er nur Lösungen von Borax und benzoesaurem Natron (3—5 auf 30) zu Waschungen und Pinselungen an, und hat namentlich mit letzterem Mittel sehr gute Resultate erzielt. Beide haben neben ihrer pilztödtenden Eigenschaft noch den Vortheil, dass sie die übermäßige Säure der Mundflüssigkeiten neutralisiren. Gegen die begleitende katarrhalische Stomatitis empfiehlt er als Specificum chlorsaures Kali. Er verwirft alle stärkeren Mittel, wie Sublimat und Höllensteinlösung etc. Bei Soor der Luftwege empfiehlt er Inhalationen von Natr. benz. in Lösung, event. Brechmittel. Bei Soor des Ösophagus gleichfalls Brechmittel, am besten Apomorphininjektionen, oder Durchführen eines mit Natr. benz.-Lösung getränkten und an einem Fischbeinstab befestigten Schwämmchens. Soorwucherungen im Magen und Dickdarm sind, weil intra vitam nicht zu diagnosticiren, therapeutisch nicht angreifbar. **Brockhaus** (Godesberg).

---

247. **Raggi.** Aberrazione del sentimento sessuale in un maniaco ginecomasta. Verirrung des Geschlechtsgefühls bei einem Maniacus mit weiblicher Bildung der Brustdrüsen.

(Annali univ. di med. e chir. 1882. No. 4.)

Der Fall betrifft einen Mann von 25 Jahren, der, an Manie leidend, in die Irrenanstalt von Bologna aufgenommen wurde. Anamnestische Daten konnten nicht erhoben werden. Die Untersuchung des Kranken ergab gut proportionirten Körperbau, normale Entwicklung der Genitalien, dolichocephalen Schädel, stark entwickelte Mammae, besonders linkerseits. Die körperlichen Funktionen waren normal. Der psychopathische Zustand charakterisirte sich durch Störungen der Intelligenz und des Gemüths: Ideenflucht, fixe Delirien, aufgeregtes Wesen etc. Der Kranke glaubt sich in eine Frau verwandelt, fürchtet Nachstellungen seitens seiner männlichen Umgebung und ist zu Thätlichkeiten gegen dieselbe geneigt. Nach Verlauf mehrerer Monate wird er ruhiger, die fixe Idee bezüglich seines Geschlechts besteht fort. Auf das Widersinnige derselben aufmerksam gemacht, zeigt er zum Beweise der Richtigkeit die Brustdrüsen und entleert durch Druck auf die linke einen feinen Strahl einer milchähnlichen Flüssigkeit. Diese Absonderung wurde allmählich geringer und hörte schließlich ganz auf; gleichzeitig besserte sich der geistige Zustand immer mehr und konnte er nicht lange nachher als geheilt entlassen werden.



R. glaubt, dass die maniakalische Geistesstörung das Primäre gewesen ist und dass die fixe Idee der Umwandlung in eine Frau in dem Kranken durch die von ihm beobachtete stärkere Entwicklung der Brustdrüsen und die Sekretion der milchähnlichen Flüssigkeit entstanden ist. Er ist nicht abgeneigt, anzunehmen, dass die abnorme Erregung des Gesammtnervensystems eine Reizung der Brustdrüsen, welche zu Wachsthum derselben und zur Absonderung von Sekret führte, hervorgerufen hat und erinnert an die von Anderen beobachtete Vermehrung der Schweiß- und Speichelabsonderung bei ähnlichen nervösen und psychischen Erkrankungen.

Brockhaus (Godesberg).

---

248. **Sevestri.** Cirrhose avec adénome hépatique. Oblitération de la veine porte par le produit néoplastique. Lebercirrhose mit Adenom. Verstopfung der Pfortader durch die Neubildung.

(L'Union méd. 1882. No. 87.)

Ein dem Alkohol ergebener, bis dahin, abgesehen von einem kurz dauernden Ikterus gesunder 44jähriger Mann erkrankte an Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, schleimigem, später galligem Erbrechen. Gleichzeitig magerte er bedeutend ab. 5 Wochen später begann der Leib zu schwellen, Anfangs langsam, später sehr schnell. 7 Wochen nach Beginn der Erkrankung Aufnahme ins Hospital. Stat. praes.: Starke Abmagerung. Hochgradiger Ascites. Sehr entwickeltes Venennetz in der Haut des Bauches. Unterer Leberrand weder durch Palpation noch durch Auskultation bestimmbar. Oberer Leberrand steht höher als normal. Keine Ödeme. Farbe der Haut leicht ikterisch, erdig. Urin an Quantität verringert, ziegelstaubförmiger Niederschlag. Kein Albumin aber Gallenfarbstoffe. In den Lungen etwas Schleimrasseln. Herz gesund. Trotz Diaphorese und Diurese Zunahme des Ascites. Nach 8 Tagen Punktion, wobei 9 Liter einer grünlich gefärbten, hellen Flüssigkeit entleert wurden. Nach Entleerung der Flüssigkeit zeigte sich Leber und Milz bei der Palpation von normaler Größe. Der Ascites nahm rasch wieder zu und nach 3 Tagen starb der Kranke. Bei der Autopsie fanden sich im Abdomen ca. $2^1/_2$ Liter der beschriebenen Flüssigkeit. Die Leber wog 2300 g und zeigte an ihrer Oberfläche eine Menge hirsekorn- bis erbsengroßer Hervorragungen, außerdem mehrere größere, weißliche, wie Carcinomknoten aussehende Vorsprünge. An einzelnen Stellen, besonders an der unteren Oberfläche im Niveau des linken Lappens fanden sich baumförmig verzweigte, weißliche Züge. Es waren dies Äste der Pfortader, die mit einer halbfesten, weißgelben Masse angefüllt waren. Dieselbe Masse füllte den Stamm der Pfortader an, bis zu ihrer Vereinigungsstelle aus den Venen des Darmes etc. Milz nicht vergrößert. Im Magen die bei Säufern gewöhnlichen



Befunde. Herz schlaff, mit Spuren fettiger Entartung der Muskulatur. Die mikroskopische Untersuchung der Leber ergab eine allgemeine Cirrhose dieses Organes und Adenombildung. Über die Einzelheiten siehe das Original.

Der Fall ist nach Verf. bemerkenswerth, durch den ungemein rapiden Verlauf, die rasche Entwicklung des Ascites und der kollateralen Cirkulation durch die subkutanen Abdominalvenen. Merkwürdig ist ferner der geringe Ikterus und das Fehlen von Veränderungen in der Milz trotz der totalen Obliteration der Vena portae.

Brockhaus (Godesberg).

---

249. **Silva.** Sull' azione antipiretica del timolo. Thymol als ein antipyretisches Mittel.

Auf Prof. Bozzolo's Veranlassung wandte Verf. weitläufig Thymol in der Turiner propädeutischen Klinik und in einer Abtheilung des S. Johannes Krankenhauses derselben Stadt an, um zu bestimmen, ob das genannte Präparat auch die antizymotischen und antipyretischen Wirkungen, wie andere derselben aromatischen Familie angehörenden Substanzen — wie Salicyl- und Karbolsäure — besitze. Seine Beobachtungen haben festgestellt, dass die antifebrile Wirkung des Thymols sehr deutlich ist.

Die Dosis schwankte zwischen 1 und 4 g, welche binnen wenigen Stunden dargereicht wurden: das Heilmittel wurde in Oblaten eingewickelt, jedes Pulver enthielt 1 g Thymol, und kurz nach dem Bolus ließ man den Kranken ein alkoholisches Getränk oder einfaches Eiswasser trinken.

Nach der Darreichung des Thymols beobachtete Verf. immer allgemeine mehr oder weniger abundante Schweiße, Schwere des Kopfes, Betrunkenheitsgefühl, Schläfrigkeit, — welche nach einer halben, einer, zwei Stunden, je nach der Dosis und der Resistenz des Pat. aufhörten — Delirium, bemerkenswerthe Veränderungen des Pulses und der Athmung wurden nie beobachtet. Die Harnfarbe wurde immer dunkelbraun. Die Beobachtungen betrafen Fälle von Ileotyphus, Pneumonia crouposa, Pleuritis, anämischen, malarischen Fiebern, von Erysipelas und Lungenschwindsucht. Die höchste beobachtete Temperaturerniedrigung war 4° C., die kleinste 0,5, die mittlere 2,5°. Die größte Zwischenzeit, nach welcher man die höchste Temperaturerniedrigung beobachtete, war sechs Stunden nach Darreichung von 3 g, die kleinste Zwischenzeit war eine Stunde: die größte Dauer der Wirkung konnte man nicht bestimmen, indem man bestehende Apyrexie oder wenigstens modificirte Temperatur einige Tage nach Darreichung des Heilmittels hindurch beobachtete. Die kleinste Dauer der Wirkung betrug 3 Stunden, die mittlere 7 Stunden.

Verf. ist der Meinung, dass Thymol als Antifebrile dem Natron-



salicylat vorzuziehen ist, indem jenes Präparat weniger Übelkeit, Erbrechen, Ohrensausen bedingt als dieses, und es scheint, dass Thymol nicht jene Wirkung aufs Herz und die Gefäße besitze, welche für viele Ärzte das Natronsalicylat in Krankheiten mit bedeutender Herzschwäche kontraindiciren.

Mya (Turin).

---

250. **Wiener.** Über Späterkrankungen im Wochenbett.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 11.)

In neuerer Zeit wurde durch J. Veit wiederum die Aufmerksamkeit auf puerperale Infektionen mit längerer Inkubationszeit gelenkt; es fragt sich, ob in derartigen Fällen eine primäre Infektion in der Geburt erfolgt mit langer Inkubationsdauer, oder ob hier sekundär im Verlauf des Wochenbettes ein Entzündung und Fieber erregendes Agens in die Genitalwunde gelangt. Veit ist geneigt, ersteres anzunehmen, weil sich stets Puerperalgeschwüre, vielfach Empfindlichkeit des Uterus und mehrfach Infiltrationen des Parametriums oder im Douglas'schen Raum nachweisen lassen, Processe, die ohne infektiöse Ursache schwer erklärlich seien, und weil nach der Geburt die Genitalien in den von Veit beobachteten Fällen niemals untersucht worden seien. W. hingegen hält die Späterkrankungen für puerperale Wundeiterungen, d. h. »nicht im strengen Sinne des Wortes septische Erkrankungen«. Aus dem Vorhandensein der puerperalen Geschwüre könne nur geschlossen werden, dass an die fast nach jeder Geburt im Genitaltrakt vorhandenen Wunden ein fremdartiger Stoff gelange, der ihre primäre Heilung verhindere und zu Eiterung und Zerfall der oberflächlichen Gewebsschichten führe. Dieser fremdartige Stoff sei, wie schon Spiegelberg annahm, in den meisten Fällen die Luft mit ihren Fäulniskeimen, nicht ein besonderer Infektionsstoff, wie Veit behauptet; jene Keime können sowohl in als auch nach der Geburt in die Genitalien eindringen. Dass trotz des häufigen Luftzutrittes nicht öfter Entzündungen auftreten, liege daran, dass gewöhnlich die Lochien freien Abfluss haben und andererseits die Genitalwunden rasch heilen. W. hält die Späterkrankungen also für bedingt durch wahrscheinlich erst nach der Geburt erfolgten Luftzutritt. Sicher sei letzteres anzunehmen bei den in Folge frühzeitiger Körperbewegungen am 4. und jenseits des 4. Tages auftretenden fieberhaften Erkrankungen, wobei wahrscheinlich frische Wunden entstehen und Lochialsekret resorbirt wird. Prognostisch zeichnen sich die Späterkrankungen, durch Gutartigkeit aus; in 2 Fällen jedoch (Veit) war der Ausgang letal. Zweifelhafte Prognose bieten die Fälle, wo der Uterus schlaff und desshalb ungenügende Konsolidirung der Placentarthromben zu vermuthen ist. Die Therapie ist eine örtliche: täglich mehrmals wiederholte intravaginale resp. intra-uterine Ausspülungen, oder, wie Veit räth, permanente Irrigationen. Gegen das Fieber sind innere Mittel nicht nöthig. Es empfiehlt sich aber das kalte Bad, welches, abgesehen von der Fieberwirkung, einen günstigen



Einfluss auf den Kontraktionszustand des Uterus ausübt. Bei auffallender Atonie giebt man Sekalepräparate. Prophylaktisch ist das Aufstehen der Wöchnerinnen vor Ende der ersten Woche zu verbieten. Bei atonischen Zuständen, wiederholten Blutungen etc. ist ein noch längeres Bettlager zu verordnen.

J. Wolff (Breslau).

---

251. **H. Schultz.** Über Psoriasis und deren Behandlung.

Kreuznach, **R. Schmithals,** 1882.

Der Verf., Arzt der Kuranstalt für Hautkranke in Kreuznach, legt in der kleinen Monographie seine Erfahrungen über oben genanntes Thema nieder, die sich hauptsächlich in den beiden Sätzen resumiren lassen: 1) Die Psoriasis ist eine vollständig heilbare Hautkrankheit, und 2) die Psoriasis gehört zu den Mykosen der Haut und hat ihren Sitz sehr oberflächlich in der Epidermis, in welcher die krankhaften Veränderungen als Verhornungsanomalien zu betrachten sind.

Sch. führt entschieden das Leiden auf den 1879 von Lang entdeckten Psoriasispilz zurück, hebt hervor, dass alle Mittel, die einigermaßen geholfen, antiparasitäre gewesen seien und dass das neueste Specificum gegen die Krankheit, Goapowder, in seiner Heimat gleichfalls als Antiparasiticum gebraucht werde. Den allerdings befremdenden Umstand, dass eine Mykose nicht ansteckend sei, erklärt Verf. damit, dass nicht alle Personen den günstigen Nährboden für Entwickelung des Psoriasispilzes besitzen; außerdem führt er einzelne seltene Fälle an, die eine Ansteckung als wahrscheinlich erscheinen lassen. Besonders dankenswerth ist aber die Arbeit durch die genaue praktische Angabe, wie Verf. die Krankheit mit Goa und dessen wirksamen Bestandtheilen, Chrysorabin, das durch Oxydation in Chrysophansäure übergeht, behandelt. Drei gut ausgeführte Farbentafeln zeigen das Verhalten der gesammten Haut, gesunder und erkrankter Stellen, vor, während und nach der Applikation des Mittels. Verf. hat durchaus wirkliche und dauernde Heilungen erzielt, und es empfiehlt sich, Jedem, der das Mittel gebrauchen will und noch keine eigne Erfahrungen darüber gesammlt hat, die kleine Broschüre zu studiren, und wäre es auch nur, um nicht zu erschrecken, wenn er die Wirkung des Mittels auf die gesunden Hautpartien sieht. Mit anderen Mitteln, selbst der sonst vielfach gerühmten Pyrogallussäure, hat Verf. nicht annähernd die Erfolge gehabt, wie mit den Goapräparaten. Die Dauer der Kur ist verschieden, doch sind schon in 3 Wochen definitive Heilungen erfolgt, während andere Fälle die dreifache Zeit verlangten. Das Mittel wendet Sch. in Salbenform an: Ungt. simpl. und Vaselin ana, dazu $^1/_8$—$^1/_4$ Zusatz von Goapulver. 26° R. warme Bäder mildern den durch die Salbe hervorgerufenen Juckreiz.

Nach der ersten Abschuppung (4—6 Tage nach Beginn der Ein-



salbung) wird die fernere Applikation der Salbe viel besser vertragen. Pilzelemente, die besonders bei frischen Stellen sehr deutlich zu erkennen, erscheinen nach Einreibungen nicht mehr wahrnehmbar.

v. Mosengeil (Bonn).

---

252. **Ebstein.** Über das Vorkommen von Magnesiumphosphat im Harn von Magenkranken.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. p. 203.)

Anschließend an einen früher beobachteten und auf seine Veranlassung 1870 von Stein veröffentlichten Fall (Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XVIII p. 207) eines Magenkranken. bei dem sich im Harn ein in Tafeln, dem Cholestearin ähnlich krystallisirendes Magnesiumphosphat fand, theilt E. hier einen zweiten ähnlichen Fall mit, bei dem die genannten Krystalle von Magnesiumphosphat im Harn nachgewiesen werden konnten, nur mit dem Unterschiede, dass im ersteren Falle die genannten Krystalle im frisch entleerten Harn, in dem letzteren dagegen erst nach längerem Stehen gefunden wurden. Der frisch gelassene Harn hatte in beiden Fällen alkalische Reaktion. Zur Unterscheidung der Magnesiumphosphat-, Kalciumphosphat- und der Magnesium-Ammoniumphosphatverbindungen empfiehlt E. das kohlensaure Ammonium in Lösung von 1 : 5 Wasser. Die Kalciumphosphatkrystalle verschwinden theilweise bei Behandlung mit diesem Reagens und werden in Körperchen verwandelt, die am Glas anhaften. Die Magnesiumphosphatkrystalle erhalten ein mattes, rauhes, zerfressenes Ansehen, die Magnesium-Ammoniumphosphatkrystalle werden gar nicht geändert.

Die morphologischen und die Winkelverhältnisse der Krystalle sind im Original nachzusehen. E. betont schließlich noch, dass das Vorkommen von Sedimenten aus Magnesiumphosphat im Harn von Magenkranken nicht häufig zu sein scheint, obgleich bei Magenkrankheiten, die mit reichlichem Erbrechen vergesellschaftet sind, oder bei denen durch Auspumpen des Mageninhaltes ein großer Theil der freien Säure dem intermediären Stoffwechsel entzogen wird, eine durch Überschuss von fixem Alkali bedingte alkalische Reaktion des Harns relativ häufig beobachtet wird.

Engesser (Freiburg i/B.).

---

253. **W. Ebstein.** Zur Lehre von den chronischen Katarrhen der Schleimhaut der Harnwege und Cystenbildung in derselben.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. p. 63.)

An die Mittheilung eines Falles von chronischem Katarrh der Harnwege mit Cystenbildung in der Schleimhaut derselben nimmt E. Veranlassung, seine Anschauungen über die Entstehung solcher Cysten in der Schleimhaut der Harnwege anzuknüpfen. Bei dieser Gelegenheit empfiehlt E. bei der oft so großen Schwierigkeit in der



Ergründung der ätiologischen Beziehung als diagnostischen Behelf, die Impfung mit dem durch den Harn entleerten Sekret, welcher Gedanke von seinem Assistenten Dr. Damsch (vgl. Referat No. 244 p. 274) weiter ausgeführt und experimentell geprüft wurde.

Es bot dieser Fall gerade in differentiell-diagnostischer resp. ätiologischer Beziehung manche Schwierigkeiten dar; derselbe wurde jedoch von E., obwohl manche Erscheinungen dafür zu sprechen schienen, gleichwohl nicht als auf tuberkulöser Basis beruhend angesehen. Es handelte sich um einen 48jährigen Mann, welcher seit mehreren Jahren an einer Eiterung der oberen Harnwege litt, welche Affektion durch eine starke Hämaturie komplicirt den Eintritt des Pat. in das Hospital veranlassten. Die Untersuchung ergab eine Infiltration der rechten Lungenspitze. Die Abdominalorgane boten nichts Abnormes dar. Wiederholte Untersuchungen des Urins ergaben nur die Anwesenheit von Eiterkörperchen und Blutkörperchen, nie elastische Fasern.

Pat. erlag schließlich unter kollignativen Erscheinungen der rasch sich ausbreitenden Lungenphthisis.

Die Sektion ergab folgenden Befund: Chronische Lungenphthise mit Kavernenbildung, frische käsige Pneumonie mit serofibrinöser Pleuritis links; adhäsive Pleuritis rechts; tuberkulöse Geschwüre der Bronchien, des Kehlkopfs und der Trachea; Tuberkulose der Milz, Nieren, Leber, Mesenterialdrüsen; chronische Nephritis mit Atrophie und Cystenbildung; chronische cystische Pyelitis, Metritis und Urocystitis.

Die genauere Untersuchung der Nieren zeigte an deren Oberflächen außer zahlreichen bläulichen Narben eine große Anzahl großer und kleiner Cysten, welche sich auch auf der Schnittfläche in Rinden- und Marksubstanz vorfinden. Nur vereinzelt treten da und dort einige miliare Tuberkelknötchen auf. Nierenbecken und Kelche zeigen eine stark geschwollene und vaskularisirte Schleimhaut, ähnlich verhält sich auch die Schleimhaut der Harnleiter. Außerdem finden sich rechts bis in die Nierenbecken und Kelche hinaufragend in der Schleimhaut der Ureteren große und kleine Knötchen, die sich zum Theil als Cystenbildung erweisen und einen gelblich eitrigen Inhalt ergeben. Es finden sich diese cystischen und fungösen Prominenzen bei der mikroskopischen Untersuchung von einem gut geschichteten polymorphen Pflasterepithel bedeckt, welches den einzelnen Vertiefungen und Erhebungen derselben genau folgt. Das Schleimhautgewebe ist mit Rundzellen dicht durchsetzt. Die größeren, zum Theil in der Schleimhaut, zum Theil dieselbe überragenden Hohlräume sind mit einem Cylinderepithel ausgekleidet, welches jedoch am Dach der Cyste fehlt. Die kleineren Cysten entbehren einer scharf abgegrenzten Wand und sind mit Rundzellen, welche in feingranulirter Masse eingebettet sind, angefüllt. Aus dem Resultat dieser mikroskopischen Untersuchung glaubt E. bez. der Entstehung der Cysten in der Schleimhaut der Harnleiter entnehmen zu können, dass dieselben sich innerhalb des mit Rundzellen infiltrirten Schleimhautgewebes unter Er-

weichung und Verfettung des Gewebes mit schließlicher Differenzirung einer Wandung entwickeln — als sogenannte Erweichungscysten aufzufassen sind, und dass diese Cystenbildung mit dem Auftreten der fungösen Wucherung, der Knötchenbildung, in so fern in einem Kausalnexus stehen, als erstere in letzteren zur Entwicklung kommen, und somit als ein Vorstadium der Cystenbildung anzusehen sind.

Die Auffassung der Uretercysten als Retentionscysten, als welche Virchow und Litten bei ihren Beobachtungen solche ansehen, hat, wie E. zugiebt, da in erster Linie ihre Berechtigung, wo es gelingt, daneben in den Harnleitern, Drüsen- oder Schleimkrypten, Follikel in der Mucosa nachzuweisen.

Es erhellt aus dieser Betrachtung, dass der Entwicklung solcher Uretercysten in den einzelnen Fällen, ja bei den verschiedenen Cysten eines Ureters ein verschiedener Entstehungsmodus zu Grunde liegen kann.

In ätiologischer Beziehung ergab die Untersuchung keine Aufschlüsse. Wiewohl der Process keineswegs als ein tuberkulöser anzusehen war, so glaubt E. doch einen gewissen Einfluss des tuberkulösen Virus auf solche, wenn auch weniger typische und charakteristische Veränderungen als möglich annehmen zu dürfen.

Hindenlang (Freiburg i/B.).

---

254. D. Graziadei. Sopra una larva di Dittero trovata nell' intestino umano. Über eine im menschlichen Darme gefundene Dypteruslarve.

(Giornale della R. accademia die medicina di Torino 1882. Fasc. 4°. April.)

In frisch entleerten Fäces zweier Gotthardanämischer fand Verf. achtzehn Larven, deren Länge zwischen 5‴ und 8‴ schwankte und deren Dicke 1‴ erreichte. Die von Zoologen beobachteten Larven wurden als Dypteri betrachtet, ohne dass man mit Genauigkeit die Familie und Species erkennen könne, indem diese Erkennung die weitere Entwickelung der Larven voraussetzt; die Larven wurden immer todt entleert.

Die Litteratur besitzt mehrere Fälle von Parasitismus, bei welchem die in verschiedenen Stellen des menschlichen Körpers sich befindenden Parasiten Larven von Dypteri waren. Sie wurden im Darmrohre, im oberen Rachenraume, im Frontalsinus und besonders auf der Körperoberfläche beobachtet, wo sie mehr oder weniger schwere Veränderungen bewirkten.

Bei den zwei vorgenannten Kranken kann man nicht genau bestimmen, welche Bedeutung der Anwesenheit der Larven im Darme zukomme. Indessen müssen sie keine besondere schadhafte Wirkung ausgeübt haben, da bei jenen Kranken Nichts, außer dem gewöhnlichen Symptomenkomplex der Gotthardanämie, beobachtet wurde.

Mya (Turin).



255. **Bozzolo.** Quebracho. Un recente acquisto nella terapia della dispnea. Eine neue Eroberung bei Therapie der Dyspnoe.

(Gazzetta degli ospitali 1882. No. 21—23.)

Aus dem nach den von Pentzoldt vorgeschlagenen Formeln gebrauchten Quebracho erhielt Verf. sehr gute Resultate bei vielen dyspnoischen Formen: z. B. beim essentiellen und bronchialen Asthma, Bronchitis chronica, Emphysema, Arteriosclerosis mit Aortaerweiterung und bei Dyspnoea uraemica: sogar bei einem Falle von voluminösem Struma wirkte Quebracho sehr günstig; auch bei Dyspnoen von nervösem Ursprung, welche häufig bei Hysterischen vorkommen, und bei nervösen Störungen der Athmungsmechanik, welche mit Dyspnoea Nichts zu thun hatten. Verf. berichtet über den Fall eines Fräuleins, welches von sehr heftigen Hustenanfällen gequält war, ohne dass sie irgend eine Störung der respiratorischen Wege darbot. Die Hustenanfälle wurden nur vom subkutanen Gebrauch von Morphium und Atropin und von Chloroforminhalationen gemildert. Bei diesem Falle bewirkte die Anwendung des Quebrachos den fast während einiger Stunden vollständigen Stillstand der Anfälle und Verminderung ihrer Heftigkeit während einiger Tage. Verf. meint, dass die gute Wirkung der brasilianischen Drogue einem besonderen Einfluss zuzuschreiben sei, welchen sie auf das respiratorische Centrum ausübt, indem die Meinung Pentzoldt's, dass die antiasthmatische Wirkung des Quebrachos aus von ihm bedingter Vermehrung der Oxydationsprocesse im Blute herkomme, nicht hinreichend ist, die Resultate bei Dyspnoe und Hustenanfällen der Hysterischen zu erklären.

Verf. räth das Heilmittel während langer Zeit nicht vorzuschreiben: wohl aber seinen Gebrauch von Zeit zu Zeit zu unterbrechen, indem er beobachtete, dass immer nach einer mehr oder weniger langen Benutzung Eingewöhnung an das Mittel sich einstellte. Diese Eingewöhnung bringt keinen bedeutsamen Nachtheil mit sich, im Gegentheil ist sie manchmal erfolgreich: z. B. bei Personen mit schwerer Verdauung erleichtert die fortgesetzte Benutzung des Quebrachos die Verdauung und erregt den Appetit. **Graziadei** (Turin).

Kasuistik.

256. **Chvostek.** Ein Fall von Ulcus ventriculi rot. chron. bei einem Knaben.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. III. Hft. 7 u. 8.)

Die große Rarität der chronischen Magengeschwüre bei Kindern veranlasst Verf. zur Veröffentlichung des folgenden Falles:

Es wird ein heruntergekommener, in seiner Entwicklung bedeutend zurückgebliebener 18jähriger Knabe aufgenommen und $3^1/_2$ Monat bis zu seinem Tode be-



obachtet. In dieser Zeit konstatirt man exquisit kardialgische Anfälle; der erste dieser Anfälle erfolgt etwa 14 Tage nach der Aufnahme. 6 Wochen nach der Aufnahme erfolgt zum ersten Male Übligkeit und Erbrechen einer wässrigen, sauer reagirenden, etwas Schleim- und Speisereste enthaltenden Flüssigkeit. Das Erbrechen wiederholt sich ziemlich selten, 7mal ist es im Ganzen ausdrücklich notirt. Im letzten Monat soll es aber öfter mit den Kardialgien, welche sehr häufig aber unregelmäßig auftreten, bestanden haben. Während der Anfälle war eine Druckempfindlichkeit des Epigastrium zu konstatiren, außerhalb derselben nur selten und unbedeutend. Unter diesen Erscheinungen und schnell fortschreitendem Verfall stirbt der Pat. Blutbrechen, charakteristische Stühle wurden niemals beobachtet. Die Sektion zeigt 2 chronische Magengeschwüre, eins an der Kardia, eins am Pylorus gelegen, letzteres stark stenosirt, der Magen dilatirt. Anamnestisch war in Erfahrung gebracht worden, dass Pat. bis zum 4. Jahre vollständig gesund war, dann in Folge einer intensiven Erkältung mit Cardialgien erkrankte, welche dann unregelmäßig, manchmal mit anfallsfreien Pausen bis zu einem Jahre, sich bis zum 18. Jahre, in welchem er aufgenommen wurde, zeigten. Während dieser ganzen Zeit litt Pat. an großer Stuhlträgheit; von Erbrechen ist gar nicht die Rede.

Verf. glaubt auf Grund dieser Thatsachen die Entstehung der Ulc. ventr. auf das 4. Lebensjahr zurückdatiren zu müssen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

257. **Jomini.** Note sur un cas de hernie rétropéritonéale. Über einen Fall von Retroperitonealhernie.

(Rev. méd. de la suisse rom. 1882. No. 6.)

Der Fall betrifft eine Frau von 65 Jahren, die sterbend ins Hospital aufgenommen wurde. Ob die bei der Autopsie gefundene Retroperitonealhernie während des Lebens Symptome hervorgerufen hatte, war nicht zu eruiren, ist aber, wie J. glaubt, nach dem Leichenbefunde nicht wahrscheinlich. Die anatomische Diagnose bei der Sektion lautete: Aorteninsufficienz. Thrombus im Herzen. Hämorrhagischer Infarkt in der linken Lunge. Chronischer Bronchialkatarrh. Lungenemphysem. Carcinom des Magens mit peritonealen Metastasen. Hernia retroperitonealis intersigmoidea. Letztere hatte die Gestalt eines gut mannskopfgroßen Sackes, dessen äußere, ausgebuchtete Oberfläche durch das von verdickten Gefäßen durchzogene Peritoneum gebildet wird. Derselbe liegt, vom Netz bedeckt, links in der Höhe des S. iliacum und enthält den ganzen Dünndarm mit Ausnahme des oberen Drittels des Duodenums und der letzten Centimeter des Ileums. Der Eingang liegt links von der Wirbelsäule in der Höhe der letzten Lendenwirbel, und bildet eine ovale, von abgerundeten, verdickten, fibrösen Rändern umgebene Öffnung, deren größter Durchmesser 8 cm beträgt. Die glatte innere Oberfläche des Sackes wird von einer Fortsetzung des Peritoneums überkleidet. Die Lage des Sackes entspricht der bekannten Vertiefung im Peritoneum, die sich normaliter zwischen den beiden Blättern das Mesenterium des S. iliacum findet. Beim Aufheben desselben glitten die Dünndarmschlingen leicht heraus. Spuren entzündlicher Verwachsung oder Narbenbildung fanden sich nicht.

Verf. stellt eine Reihe der in der Litteratur beschriebenen Fälle von Hernia retroperitonealis zusammen, erwähnt die von Treitz und Waldeyer aufgestellten drei Hauptentstehungsorte dieser Hernien: die Fossa duodeno-jejunalis, die Fossa intersigmoidea und die Fossa subcoecalis. Die Entwicklung der Hernien denkt er sich folgendermaßen. »Wenn einige Centimeter Darm sich in diese Vertiefungen des Peritoneum gelagert haben, und in denselben Fäkalmassen längere Zeit sich aufhalten, so wird durch das Gewicht der letzteren und durch die peristaltischen Bewegungen die ganze entsprechende Darmschlinge allmählich nachgezogen; dieselbe dehnt die Tasche aus, ohne das Orificium, dessen Ränder rigide und durch die sie umgebenden Blutgefäße verdickt sind, sehr zu erweitern. Die so gebildete Hernie strebt sich fort und fort zu vergrößern, und zwar um so leichter, als das benachbarte, retroperitoneale Bindegewebe sehr nachgiebig und lax ist.«

Die Retroperitonealhernien können, gerade wie die äußeren Hernien, zu Entzündung, Einschnürung etc. Veranlassung geben; sie thun dies nach J. um so



weniger, je älter und größer sie sind. Intra vitam sind sie bisher noch nicht diagnosticirt, doch hält J. dies für möglich und in manchen Fällen für wichtig.

Brockhaus (Godesberg).

258. **Kraicz.** Zur Kasuistik des akuten Kehlkopfödems.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 22.)

Einige Fälle von rapid verlaufendem Kehlkopfödem benutzt Verf. zum Hinweis auf die Gefahr der phlegmonösen Entzündungen, die sich inner- oder unterhalb der Halsfascien etabliren, da durch deren straffe Verbindung die ödematöse Schwellung sich nicht gegen die äußere Haut ausbreiten kann, sondern immer mehr gegen die tieferen Halseingeweide vordringen muss.

Bei dem 1. Fall handelte es sich um Perichondritis der rechten Schildknorpelplatte, subfasciale eitrige Zellgewebsentzündung in der rechten seitlichen Halsgegend, Ödem der Epiglottis und der epiglottischen Falten.

Es war kurz nach der Aufnahme ins Spital die Tracheotomie gemacht worden, aber mit dem Einführen der Kanüle war schon Stillstand der Herzaktion eingetreten.

Der 2. Fall kam mit hochgradigen Schlingbeschwerden und Athemnoth behaftet ins Spital. Die Uvula und Gaumenbogen waren sulzig ödematös, die Epiglottis ließ sich als halbkuglig geformte pralle Geschwulst palpiren. Wegen Zunahme der laryngostenotischen Erscheinungen musste tracheotomirt werden. Das Schlingen war noch 2 Tage lang sehr erschwert, erst als sich aus der Mundhöhle eine mit Blut gemengte Eitermasse entleerte, trat völlige Euphorie ein. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich als Durchbruchsstelle des Eiters ein klaffender Einriss an dem linken freien Rande der Epiglottis. Etwa 3 Wochen nach der Operation war Pat. bis auf eine kleine Trachealfistel geheilt.

Gerade an diesen Fall schließt Verf. die Mahnung, bei solchen Fällen nicht bis zur drohenden Asphyxie zu warten, sondern so früh als möglich zu tracheotomiren.

Ein weiterer Fall wurde nicht während des Lebens beobachtet, sondern kam erst auf dem Sektionstische zur Untersuchung.

Ein Husar wurde morgens todt im Bett gefunden, nachdem er noch Tags zuvor seinen strengen Dienst versehen und nur über Halsschmerzen geklagt hatte. Die Sektion ergab einen großen linksseitigen Tonsillenabscess mit konsekutivem Ödem der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten.

Auffallend war bei diesem Falle, dass der Kranke mit einem solchen Leiden noch Dienst machen konnte.

Seifert (Würzburg).

Anzeigen.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 19. **Sonnabend, den 19. August.** **1882.**

259. G. K. Matterstock. Beiträge zur Lehre von der Perkussion des Herzens.

(Festschrift zur Feier des 300jährigen Bestehens der Universität Würzburg.)
Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1882.

Giebt eine Reihe von Beobachtungen über die Perkussion des gesunden Herzens in gesundem Körper.

Verf. untersuchte 4000 meist gesunde Männer, und zwar meist reisende Handwerksburschen, die zwischen dem 15. und 35. Lebensjahre standen. Ganz in erster Linie gilt es von der Grenzbestimmung des Herzens, dass darüber kein definitiv abgeschlossenes Kapitel existirt. Die erhaltenen Bilder basiren, rücksichtlich der Perkussionsmethode auf der Form der Herzdämpfung im Sinne Skoda's, Bamberger's und Gerhardt's, d. i. der Dämpfungsfigur, die durch den Verlauf der vorderen Lungenränder bedingt ist.

I. Zur Form der Herzdämpfung.

In erster Linie ist von Wichtigkeit, »weil die Grundlinie für den weiteren Aufbau der Dämpfungsfigur«, der untere Rand der rechten



Lunge in der Mammillarlinie in seiner nach links konstruirten Verlängerung, »die untere Herzgrenze«.

Während die Angaben über diese einen Spielraum für die Norm vom oberen Rande der 6. bis zum oberen Rande der 7. Rippe zulassen, findet M. dieselbe bei Untersuchung von 300 Männern in 73,66% am oberen Rande der 7. Rippe. Abweichungen davon kommen vor, so dass M. den Satz aufstellt: »Der untere Rand der rechten Lunge schwankt in der Mammillarlinie bei gesunden jugendlichen Männern zwischen dem unteren Rande des 6. und dem oberen Rande des 7. Rippenknorpels, also nur in der Breite eines Interkostalraumes. Am häufigsten liegt derselbe an letztgenannter Stelle. Weiteres Hinauf- und Hinabrücken um einige Millimeter kann in den Breiten der Norm noch vorkommen, ist aber selten.«

Es stimmt dieser Befund am besten mit den anatomischen Angaben Hencke's, der die topographischen Angaben über die Lage der Eingeweide machte, wie er sie sich beim lebenden Menschen denkt.

M. führte die Perkussion aus bei aufrechter Stellung des Untersuchungsobjektes, legte den als Plessimeter dienenden Finger parallel der Lungengrenze. Eine Unterscheidung der Exspirations- wie Inspirationsstellung ist gegenstandslos. Besondere Aufmerksamkeit ist darauf zu verwenden, dass die Perkussion mit ganz schwachem und kurzem Anschlage geschehe; das starke Perkutiren lässt den Rand der Lunge zu hoch finden. Nach der Perkussion in der Mammillarlinie wird die in der Parasternallinie und unmittelbar neben dem Sternum ausgeführt; die Verbindung der Punkte ergiebt eine Linie, welche nach der Mitte zu um 1—5 cm aufsteigt. Unstatthaft ist es fixe Punkte am Skelett zur Grenzbestimmung zu benutzen. Zur Konstruktion der Linie nach links ist es nun nicht erlaubt, die rechtsseitige einfach zu verlängern, oder vom Ansatz des Processus xiphoideus, oder dem der 6. Rippe eine Linie nach der Stelle des Spitzenstoßes zu ziehen, sondern die auf der rechten Seite gefundene Linie muss in symmetrischer Weise nach links gezogen werden, d. h. um eben so viel nach links vom Sternum her abfallen, als sie von links zum Sternum hin stieg

Bei dieser Gelegenheit ventilirt M. die Frage: »Entspricht in allen Fällen die als fühlbarer Spitzenstoß bezeichnete Stelle, der sogenannte Herzchok, der untersten Herzgrenze resp. der tiefsten Stelle des Herzens?« und beantwortet sie mit einem entschiedenen »Nein«. Begründet wird diese Verneinung damit, dass bei normalem Körper- und Thoraxbau Fälle vorkommen, in denen der Herzchok im 4. Interkostalraum liegt und zwar als einzig fühlbare Pulsation, dass es sich also um die Erscheinung des in der Systole sich erhärtenden rechten Ventrikels handelt, dass 2. der Herzchok bei hypertrophischen Herzen nicht der unteren Perkussionsgrenze entspricht, dass vielmehr hier unterhalb des fühlbaren Herzimpulses noch eine nach unten gedämpfte Zone liegt. Intra vitam liegt die unterste Herzgrenze mit der Herzspitze am unteren Rande der 6. Rippe oder im oberen Theile



des 6. Interkostalraumes. Danach ist dann überhaupt die Stelle des Herzchoks für die Bestimmung des Längendurchmessers des Herzens gänzlich werthlos. Nur mag das bestehen bleiben, dass in Fällen von sehr hochgradiger Hypertrophie des Herzens mit starker Pulsation in mehreren Interkostalräumen, die am weitesten nach außen gefühlte Pulsation annähernden Aufschluss über die Größe des Herzens geben kann.

Die obere Herzgrenze findet M. in 70% der Fälle nahe, oder am oberen Rande des 5. Rippenknorpels.

Die linke Herzgrenze ist die am wenigsten konstante. Die Entwickelung der Lunge ist individuell sehr verschieden, und die Füllung des Magens mit Luft ist von schallstörender Wirkung. Die Grenze wechselt in einer Breitendifferenz von 2 cm und darüber ihre Lage, oft innerhalb weniger Stunden.

Hohe Bedeutung hat die Feststellung der rechten Herzgrenze für die Beurtheilung der Größe des rechten Herzens. Bestimmend für die Lage dieser Linie ist einmal die Stelle, an welcher der rechte Lungenrand liegt, resp. wo die Pleura sich in das betreffende Mediastinum umschlägt. Aber nach M.'s Erfahrungen auch besonders durch den unteren Rand der Lunge.

Hierbei kommen zwei Lagen dieses Randes in Betracht: Entweder schneidet dieser nach vorn aufwärts steigend den rechten Sternalrand oder den Rand und Körper des Processus xiphoideus, dann findet auch M. in 80% der Fälle den rechten Herzrand am linken Sternalrand verlaufend, oder aber, die untere rechte Lungengrenze trifft an ihrem höchsten medialen Punkte den Rippenbogen und zwar unterhalb der Basis des Schwertfortsatzes, oder selbst unterhalb der Spitze desselben.

Dieses Verhalten kann durch 2 Faktoren bedingt werden, 1) durch einen wenig entwickelten Processus xiphoideus, oder 2) durch ein sehr kurzes Sternum.

Über diese beiden Momente hat nun M. massenhafte Messungen angestellt, die ergeben, »die Lungenlänge geht mit der Körperlänge annähernd proportional, während das Sternum keineswegs gleichen Schritt hält«. Dabei stellt »Lungenlänge« die Entfernung des unteren Randes der Clavicula vom unteren Lungenrande dar. Nun kann das Sternum so kurz sein, dass die untere Lungengrenze nicht bis zu ihm hinkommt, sondern mehrere (bis 5) cm unterhalb der Spitze des Processus xiphoideus verläuft. Bei dieser Anordnung verläuft nun die rechte Herzgrenze so, dass sie in ihrer unteren Hälfte den linken Sternalrand verlässt, nach rechts geht, »und entweder in schrägem Verlaufe den untersten Abschnitt des Sternums, oder, was häufiger ist, in horizontalem Verlauf die Insertionsstelle des Processus ensiformis schneidet, und mit dem Rippenbogen der rechten Seite, sich immer mehr nach rechts verlierend, zur vorhin gefundenen unteren Lungengrenze hinabsteigt«. Mit anderen Worten: »es ist bei dieser Form des Sternums eine rechtsseitige Dämpfung oft von



ziemlichem Umfange vorhanden, die in ihrer unteren Hälfte vom Verlauf des vorderen Randes der rechten Lunge abhängt. Dieser Befund wird durch zwei Zeichnungen illustrirt. Ein dem entsprechendes Herunterragen des Herzens beweist M. sowohl durch die Palpation des pulsirenden Herzens im linken Hypochondrium, zweitens auf Grund der Möglichkeit, dass bei Lungenemphysem, mit Hypertrophie des rechten Ventrikels, bei Hypertrophie und Dilatation in Folge von Mitralklappenerkrankung, das Herz denselben Raum ausfüllt, und dass drittens selbst beim Gesunden durch eine forcirte Inspiration eine sicht- und fühlbare Pulsation im Epigastrium mit gleichzeitigem Herabtreten der Herzdämpfung erzeugt werden kann. Es muss für dieses Verhalten angenommen werden, dass entweder die Pleurasäcke sich an den Rippenbogen inseriren können, oder sich über ihre Insertionsstelle hinaus ausdehnen können.

Es ergiebt sich aus diesem Verhalten, dass in solchen Fällen, besonders wenn die Rippenbogen breit aus einander stehen, eine Unterscheidnng zwischen wirklicher Vergrößerung des rechten Ventrikels und scheinbarer sehr schwer, eventuell unmöglich ist.

II. Zur Schallart des Herzens.

Es ist sicher, dass der Magen in nahe akustische Beziehung zu seinen Nachbarorganen tritt, dass die Milzperkussion schwer oder unausführbar, durch den tympanitischen Magenklang, dass die Stelle des linken Leberlappens tympanitisch klingt, der tympanitische Magenklang links bis in die Achselhöhle hinaufreichen kann, und dass auskultatorisch die Pulsationen des Herzens rhythmisch wiederkehrende metallische Phänomene erzeugen können (herzsystolische Succussio des Magens). Nun macht aber M. aufmerksam auf den tympanitischen Perkussionsschall in der ganzen Ausdehnung des Herzens, in der wir für gewöhnlich einen dumpfen Schall hören.

Der Beginn dieses tympanitischen Schallkreises liegt mit dem Beginn der Herzgrenzen zusammen und erscheint sowohl bei starker, wie bei schwacher Perkussion.

Die zweite Art der Schalländerung ist die, dass an Stelle des Herzens ein nicht tympanitischer lauter und tiefer Schall auftritt, der erinnert an den Schall, den man über pneumothorakischen Hohlräumen hört.

Eine so vollständige Überlagerung des Herzens durch Lungengewebe ist höchst unwahrscheinlich, dagegen liefert M. den Beweis, dass es sich handelt um den durch das Herz hindurch perkutirten Metallklang des Magens. Zunächst giebt der Magen denselben sonoren Schall, dann gelang es M. zu erweisen, dass die Auskultation bei gleichzeitiger Perkussion metallische Erscheinungen gab, welche genau entsprachen der Anlage des Herzens und verchwanden, sobald der Trichter des Stethoskops auf die Lungenränder gerieth.

Durch diese Erfindung konnte M. in der präcisesten Weise die Lungengrenzen bestimmen, und der Beweis, dass hier in der That



der Magen der Schallherrscher war, ergab sich dadurch, dass durch Veränderung der Magenspannung und Füllung durch Einführen der Schlundsonde, der Metallklang am Herzen verschwand, um dem dumpfen Schall Platz zu machen. Diese Markirung der Herzdämpfung gehört bei Gesunden nicht zu den Seltenheiten. Das Verhalten der Blätter des Herzbeutels ist für diese Erscheinung ohne Bedeutung.

Die Pneumoperikardie wird sich unterscheiden lassen dadurch, dass in oben beschriebenen Fällen des fortgeleiteten Schalles ein solcher Wechsel der Erscheinungen möglich ist.

Auch im Pneumothorax kann an Stelle der Dämpfung der sonore Schall treten.

Einen besonderen Fall theilt M. noch mit, wo es durch Abgrenzung des Metallklanges bei Auskultation und gleichzeitiger Stäbchenplessimeterperkussion gelang, die Lungengrenzen zu bestimmen.

Finkler (Bonn).

---

260. **H. Hertel.** Über einzelne Erscheinungen im klinischen Bilde der Arteriosklerose.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde p. 1.)
Kassel, Th. Kay, 1882.

Verf. stellt den Gang seiner Besprechung nach der Überlegung fest: »Die Wirkung des — pathologisch-anatomisch als bekannt vorausgesetzten — Processes oder vielmehr Zustandes der Sklerose des Aortensystems ist, weil er die Elasticität der Arterienwandungen vermindert, oder gänzlich aufhören macht, eine Vermehrung der Widerstände für die Fortbewegung des Blutes, eine Verlangsamung des Blutstromes. Hieraus resultiren Störungen im Stromgebiete der Venen, ferner in dem anatomischen Bestande und den Funktionen des Herzmuskels. Hieran schließen sich unmittelbar krankhafte Erscheinungen im Respirationsapparat, und in den sekretorischen Systemen, vorwiegend in dem harnabsondernden Apparate.«

Die Arteriosklerose kommt bei jüngeren Individuen vor, betrifft dann meistens Männer und kann dann als erworbene Krankheit angesehen werden; Ursache ist hier die unzweckmäßige Lebensweise, unzeitige und unsinnige Nahrungsaufnahme, übermäßiger Genuss von Alkohol und Tabak.

Anhäufung von Fettmassen in der Bauchhöhle und Überfüllung des Darmes wirken in demselben Sinne zur Erhöhung der Widerstände im Gefäßsystem.

Diese Behinderung der Blutbewegung macht sich zunächst geltend am Herzen und führt zur Hypertrophie der Muskulatur des linken Ventrikels. Es wird zunächst hierdurch eine Kompensation geschaffen, bis nach längerem Bestehen der Hypertrophie die fettige Degeration und dadurch mögliche Dilatation zu energischeren Störungen führt. H. führt aus, dass die erhöhte Anforderung an die Arbeitsleistung



des Muskels zuerst zur Hypertrophie führt, dass die Dilatation sich immer erst später entwickelt, wenn Veränderungen in der Substanz des Muskels Platz greifen (bei Arteriosklerose und Nierenschrumpfung). Wird dagegen, wie bei Klappenerkrankungen, außer der vermehrten Kraftäußerung dem Ventrikel zugemuthet, eine gegenüber seiner Kapacität vermehrte Blutmenge aufzunehmen, so kann Dilatation schon eintreten, bevor die Ventrikelwand Zeit hat zu hypertrophiren.

Im Allgemeinen ergiebt sich als charakteristisch für die Arteriosklerose jüngerer Personen, dass bei ihnen die Symptome stürmischer verlaufen, weil bei der meist dauernden und intensiven Einwirkung der Schädlichkeiten der Körper nicht Zeit findet, sich den anormalen Verhältnissen anzupassen.

Vorwiegendes Syptom ist hier das anfallsweise Auftreten von Präkordialangst, Herzpalpitation, unregelmäßiges Pulsphänomen, indem der Puls zuweilen aussetzt, und seine Höhe wechselt. Verbreiterung des Spitzenstoßes und Verschiebung nach außen. Es gelingt schwer die Anfälle etwas abzukürzen, oder ihre Aufeinanderfolge etwas aus einander zu rücken. Früher oder später werden die Beklemmungsgefühle, die erschwerte Athmung, die Herzpalpitation stationär, während objektiv die zunehmende Dilatation des linken Ventrikels nachweisbar wird.

Anders gestalten sich die Symptome der im Greisenalter eintretenden Arteriosklerose. Hier wird zunächst darauf aufmerksam gemacht, dass die Zeichen der geschlängelten, sklerotischen Arterien keine subjektiven Beschwerden mit sich führen müssen. Alle Erscheinungen sind überhaupt leichter und vorübergehender Natur. Schwindelanfälle, »Asthma«, d. h. periodische, mehr bei Tage als bei Nacht auftretende Anfälle von Kurzathmigkeit; sie unterscheiden sich wesentlich von den durch Lungenerkrankung bedingten Asthmaanfällen dadurch, dass sie ohne Husten einhergehen, ohne Sekretionserscheinungen enden, keine Cyanose hervorrufen; Verf. erklärt sie aus vorübergehender Ermüdung des Herzmuskels. Weiter ist Angina pectoris Symptom.

Ist der Symptomenkomplex stationär geworden, dann kommt zu dem Zustande des Marasmus mit Blässe des Gesichts und der Hautdecken: Ödem der Bauchdecken, der Lumbalgegend, der unteren Extremitäten. Die Ödeme tragen die Zeichen ihres langen Bestehens.

Von Erscheinungen des Cirkulationsapparates wird konstatirt Dilatation des linken und des rechten Ventrikels. Geräusche fehlen nur in seltenen Fällen, im Gegensatz zu den Fällen von Arteriosklerose in jüngeren Jahren. Ältere Veränderungen der Aortenklappen und an der inneren Haut des aufsteigenden Aortenschenkels geben dazu Veranlassung. Aber die Geräusche tragen nicht solch typischen Charakter, wie die nach Endokarditis entstandenen, in specie sind die diastolischen Geräusche außerordentlich verschieden und nicht so laut und lang, wie die einer reinen Aorteninsufficienz, sie sind nach Traube »bei Erweiterung des aufsteigenden Aorten-



schenkels am lautesten am zweiten rechten Rippenknorpel hörbar, gegenüber demjenigen bei reiner Aorteninsufficienz, welches bekanntlich allermeist auf dem Sternum in der Höhe des 3. und 4. Rippenpaares die stärkste Intensität besitzt«.

Ein am Cirkulationsapparat »nie fehlendes Phänomen ist die unregelmäßige Herzthätigkeit in Bezug sowohl auf den Rhythmus als auch auf die Kraft der einzelnen Herzkontraktionen« (Delirium cordis). Häufig erhält das Bild der Arteriosklerose noch eine Komplikation durch die Ausbildung der Nierenschrumpfung, die aber manche Differenzen zeigt, gegenüber der entzündlichen Nierenatrophie und durch Lungenemphysem und chronische Bronchitis.

Therapeutisch ist auf Regulirung der Lebensweise Hauptaugenmerk zu richten. Fettbildende Nahrung muss zurücktreten, aber vor zu einseitigem Regime wird gewarnt. Genuss der Alkoholica, besonders des Bieres, ist sehr einzuschränken; eben so verbietet H. das Rauchen absolut.

Medikamentös wird besonders gerühmt Digitalis und nach Traube in Verbindung mit Kalomel, āā 0,05 pro dosi 2stündlich. In der Regel genügt der Verbrauch von 2, $2^1/_2$ bis 3 g der Digitalis. Gegen ab und zu auftretende Anfälle von Dyspnoe erweisen sich am wirksamsten Morphiuminjektionen.

Zur Verbesserung der Diurese wird am zweckmäßigsten gewirkt auf das Herz durch Verabreichung von Digitalis 0,05 mit Chinin 0,03 pro dosi, 3—4mal täglich. Als Diureticum wird empfohlen Saturation mit Acetum Scillae. Die heruntergekommenen Ernährungsverhältnisse zu heben mit Tinct. ferri chlor. aeth., mit Tinct. Valerian. und Tinct. Castorei. Als nachhaltigstes Herzstimulans ist Moschus 0,1—0,2, 3—4mal täglich, dringend empfohlen.

Zur Bekämpfung der Bronchialkatarrhe eignet sich Dec. Senegae 10,0 : 180,0 mit Kali acetic. 5,0—8,0, 2stündlich 1 Esslöffel.

Finkler (Bonn).

---

261. **H. Hertel.** Bemerkungen zur Febris recurrens.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde p. 95.)

Kassel, **Th. Kay,** 1882.

H. hat von Ende September 1879 bis Mitte März 1880 65 Fälle von Rekurrens behandelt. Darunter nur 2 Frauen.

»Zwei der Erkrankten starben; der eine nach dem zweiten, der andere nach dem dritten Krankheitsanfalle; beide ziemlich plötzlich unter den Erscheinungen der Erschöpfung der Herzthätigkeit.«

Als Komplikationen wurden gesehen: 3 Fälle von erheblichem Ikterus, 6 Fälle von heftiger Epistaxis, 2 Fälle von Hämoptoe, 1 Fall von Iritis. »Bei fast allen Kranken bestand mehr oder weniger ausgebreitete Bronchitis und sehr heftige Muskelschmerzen auch während der freien Zeiten und während der Rekonvalescenz.«

Während Verf. mit den Schilderungen der Krankheit in den



Handbüchern im Allgemeinen einverstanden ist, behandelt er abweichend von der gebräuchlichen Anschauung die Ansteckungsfrage nach bestimmten eigenen Beobachtungen.

Trotz eines Bestandes von gewöhnlich 20 Rekurrensfällen, und trotzdem, dass sowohl zwischen Rekurrenskranken andere lagen, oder nach Räumung der Säle, in welchen Rekurrenskranke gelegen hatten, ohne längere Zwischenzeit oder besondere Desinfektion frische Kranke untergebracht wurden, hat H. nicht eine einzige Ansteckung von Rekurrens, nicht eine einzige Entstehung der Krankheit im Hause selbst beobachtet. Auch das Ärzte- und Wartepersonal blieb absolut verschont. Es ergiebt sich hieraus mit Sicherheit, dass die Rekurrens keine ansteckende Krankheit ist.

Die Rekurrens ist eine Krankheit des Proletariats. Unzweifelhaft wird sie hervorgebracht durch Einwirkung eines inficirenden Agens. Für dieses giebt es Krankheitsherde, die den gemeinsamen Charakter »Mangel und Elend« tragen.

»Es scheint jedoch, dass eine Weiterverbreitung der Krankheit durch Erkrankte aufhört, wenn letztere an Orte und unter Verhältnisse gelangen, wo einerseits ihrem persönlichen Elende ein Ziel gesetzt wird, wo andererseits die Beschaffenheit der Örtlichkeit nach den verschiedensten Richtungen hin eine günstigere und für die Weiterentwicklung des inficirenden Agens eine nicht zuträgliche ist.« Das Agens wirkt nach Analogie der Miasmen. Eine Infektion durch Impfung oder Übertragung von Spirillen ist nicht ausgeschlossen.

Hiernach wird die Isolirung der Rekurrenskranken unnöthig und das Hauptinteresse fordert in einer Rekurrensepidemie die Verbesserung der Lebensverhältnisse der Bewohner eines Rekurrensherdes. Eine medikamentöse Therapie wird nicht nothwendig.

Zum Aufsuchen der Spirillen wählt man eine Zeit, wo der Krankheitsanfall im Ansteigen begriffen ist (700fache Vergrößerung). Auf der Höhe, oder unmittelbar vor dem Abfall werden sie schwer auffindbar wegen des Aufhörens der Bewegungen.

Finkler (Bonn).

---

262. **Gelly.** Note sur un cas d'éruption vaccinale secondaire. Über einen Fall von sekundärer Eruption von Vaccinepusteln.

(L'union méd. 1882. No. 96.)

Ein 9 Monate alter Knabe, der an einem cirkumskripten impetiginösen Ausschlag auf dem Scheitel litt, wurde am 7. Juni von Arm zu Arm geimpft. Drei Stiche auf jeden Arm ergeben bei der Revision nach 8 Tagen 6 ausgebildete Vaccinepusteln. Am 27. Juni, mehrere Tage nachdem letztere vollständig abgetrocknet waren, bildeten sich unter Fiebererscheinungen rothe Papeln auf beiden Gesichtshälften, die nach 2 Tagen in genabelte Pusteln übergingen. Auf der Stirn zeigten sich ebenfalls eine Anzahl von Pusteln, die aber weniger deutlich genabelt waren, während auf dem behaarten



Theil der Kopfhaut eine große Menge nicht genabelter Pusteln auftraten. Im Verlauf einiger Tage trocknen die Pusteln im Gesicht und auf der Stirn ein, während die auf der Kopfschwarte befindlichen genabelt werden, um nach kurzer Zeit ebenfalls einzutrocknen.

Der Fall ist nach G. bemerkenswerth 1) durch das späte Eintreten der sekundären Eruption, 2) dadurch, dass die sekundären Pusteln weder in der Nachbarschaft der Impfstiche noch, wenigstens die zuerst auftretenden, in der Nähe des impetiginösen Ausschlags sich bildeten, während dies sonst bei der sekundären Eruption von Vaccinepusteln das Gewöhnliche ist. **Brockhaus** (Godesberg).

---

263. Martin. Étude sur les métastases suppuratives d'origine blennorrhagique. Studie über die eitrigen Metastasen blennorrhoischen Ursprungs.

(Revue méd. de la suisse rom. Hft. 6 u. 7.)

Verf. beschränkt seine Untersuchungen auf die entzündlichen Affektionen, welche in direktem Kausalzusammenhang mit einem akuten Tripper stehen, und lässt alle diejenigen, die sich nur indirekt auf eine gonorrhoische Erkrankung beziehen lassen, z. B. Cystitis, Pyelonephritis etc. als Folge von Strikturen, außer Acht. Das Bindeglied, durch welches Entzündungen der Urethralschleimhaut sich auf andere Organe des Körpers fortpflanzen, ist besonders die Prostata. M. hat 46 Fälle von Prostatitis im Verlauf oder im Anschluss an einen akuten Tripper aus der Litteratur zusammengestellt. In 10 derselben wurde das Übergreifen der Entzündung hervorgerufen durch Ausschreitungen verschiedener Art, Übermüdung, Excesse in Baccho et Venere etc., in einem Falle durch einen Fußtritt gegen den Damm, in 10 durch unverständiges Einspritzen sog. Abortivmittel. 15 dieser Fälle bieten nur chirurgisches Interesse, da der entstandene Prostataabscess, sei es spontan oder durch Incision sich entleerte und die Heilung ohne weitere Komplikation eintrat. Die 29 übrigen Fälle theilt M. ein in Entzündungen der Prostata, ohne und mit Metastasen. Bei ersteren breitete sich die Entzündung entweder den Schleimhäuten entlang auf Blase, Uretheren, Nieren, Samenbläschen und Vas deferens aus oder führte durch Vermittlung des periprostatalen Zellgewebes zu Periprostatitis, Peritonitis, subperitonealer Phlegmone, perinephritischen Abscessen etc. Die bezüglichen Details sind im Original nachzusehen.

Bezüglich der Prostatitiden mit Metastasen erwähnt M. zuerst kurz 5 fremde Beobachtungen: einen Fall von Jubiot (metastatische Abscesse in Leber und Lunge, in den Muskeln des rechten Armes und dem rechten Ellbogengelenk), einen von Meuriot (metastatische Endokarditis und Pneumonie), einen von Desnos (metastatische Endokarditis und Pneumonia duplex), einen von Leyden (metastatische Endo- und Myokarditis, polyartikulärer Gelenkrheumatismus), endlich einen



günstig verlaufenden Fall von Lallemand (akuter Gelenkrheumatismus im Anschluss an den Durchbruch eines Prostataabscesses in die Urethra) und beschreibt dann des Näheren einen von ihm selbst behandelten Fall. Ein 24jähriger junger Mann erkrankte, nachdem einige Tage hindurch Fiebererscheinungen ohne nachweisbare Ursache bestanden hatten, an polyartikulären Gelenkentzündungen, rechtsseitiger Pleuropneumonie, doppelseitiger Parotitis, Hämaturie und Vereiterung des linken Auges. Die Details der Krankengeschichte s. im Original. Bei der Autopsie fanden sich im oberen Theil der Harnröhre die Residuen einer gonorrhoischen Entzündung, eitrige Zerstörung des linken Prostatalappens und des periprostatischen Zellgewebes, Hyperämie, Ecchymosenbildung und submuköse Abscesse in der Blasenschleimhaut, Vereiterung des linken Sternoclaviculargelenks (die übrigen Gelenke wurden nicht eröffnet), metastatische Abscesse in den Nieren, Milz und Lungen, Wucherungen auf der Mitralis, miliare Abscesse im Myokardium, in der Gehirnrinde Thrombose verschiedener kleiner Arterienästchen mit Blutaustritt in die Umgebung etc. Bei der mikroskopischen Untersuchung, deren Resultate auf 3 beigegebenen Tafeln abgebildet sind, fand M. Mikrokokken in dem vereiterten Zellgewebe um Prostata und Blasenhals, in den Abscessen in Nieren, Milz und Myokardium, besonders reichlich aber in den Auflagerungen auf der Mitralis, so wie in einem zwischen den beiden Mm. papillares der hinteren Klappe fest anhaftenden Thrombus, nicht aber in den Thrombosen der Gehirnrinde. Die Mikrokokken kamen in zweierlei Formen vor, als Haufen von Körnchen und als Stäbchen von 1—1,5 μ Länge. Letztere waren zu 4 und 4 an einander gereiht und durch eine hyaline, gelatinöse Masse verbunden; sie boten ungefähr die Gestalt der Sarcina ventriculi dar. Ob die beiden Formen verschiedenen Arten von Mikrokokken angehören oder verschiedene Entwicklungszustände derselben Art darstellen, wagt M. nicht zu entscheiden.

Obwohl bei Aufnahme des Pat. in das Hospital kein Tripper mehr bestand, so unterliegt es nach M. mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Autopsie doch keinem Zweifel, dass der Ausgangspunkt der Infektion in der gonorrhoisch erkrankten Urethralschleimhaut zu suchen ist; das Übergreifen der Entzündung auf Prostata und periprostatisches Bindegewebe war die erste Etappe auf dem Wege der Allgemeininfektion.

M. macht auf die mannigfachen Analogien zwischen seinem Fall und den oben erwähnten fremden Beobachtungen, besonders auf die Häufigkeit endo- und myokarditischer und artikulärer Processe aufmerksam; interessant ist auch die Ähnlichkeit seiner Befunde im Myokardium mit den von Leyden bei Diphtheritis gemachten. Die von ihm an den verschiedenen Orten gefundenen Mikrokokken sind den von Neisser und Aufrecht im gonorrhoischen Eiter nachgewiesenen sehr ähnlich. Bezüglich der in den Auflagerungen der Mitralis gefundenen Mikrokokken acceptirt M. die Ansicht Kö-



ster's, dass sich dieselben nicht aus dem vorüberströmenden Blute direkt abgelagert haben, sondern durch die Coronararterien in das Kapillarnetz der Klappen gerathen und dort durch die Gefäße und das umliegende Gewebe bis zur freien Fläche durchgewuchert sind. Die dabei entstehende reaktive Entzündung und Veränderung des Klappenendothels gab Anlass zu Fibrinablagerungen, welche Anfangs keine Mikrokokken enthielten. »Die Fragmente, welche sich von diesen primären Auflagerungen ablösten, konnten also nicht infektiös sein und mussten zu einfachen Embolien mit ihren gewöhnlichen Folgen führen; den Beweis dafür findet man in den Embolien im Gehirn, die nicht zur Abscessbildung Anlass gegeben haben, und in denen Mikrokokken nicht nachgewiesen werden konnten«. Erst später wucherten letztere in die Fibrinablagerungen hinein, um sich in denselben reichlich zu vermehren.

Schlusssätze: 1) Die Gonorrhoe kann Veranlassung geben zu lokalen eitrigen Entzündungen und zu allgemeiner virulenter Infektion.

2) In den Eiterherden finden sich Mikrokokken.

3) Diese Mikrokokken haben stellenweise eine eigenthümliche Gestalt.

Brockhaus (Godesberg).

---

264. **Vidal.** De la multiplicité des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies des organes respiratoires. Über multiple punktförmige Kauterisationen bei der Behandlung der Krankheiten der Respirationsorgane.

(L'union méd. 1882. No. 97.)

Das im Jahre 1830 von Guérin empfohlene Verfahren, Phthise mit der Applikation des Glüheisens auf die, den erkrankten Lungenpartien entsprechenden Hautstellen zu behandeln, wurde bald wieder verlassen, und zwar, wie V. meint, weniger wegen seiner Erfolglosigkeit, als wegen seiner Schmerzhaftigkeit und des Widerwillens der Kranken gegen dasselbe. Er hat die Methode mit dem Paquelinschen Galvanokauter wieder aufgenommen. Seine Vorschriften sind: 1) Die Kauterisationen müssen mit einem möglichst spitzen Brenner, der wie eine Feder gehalten wird und während der ganzen Dauer der Operation auf Weißglühhitze bleiben muss, gemacht werden. 2) Sie müssen sehr rasch, mit zitternder Bewegung der Hand gemacht werden. 3) Man geht mit der glühenden Spitze besser in transversaler als in vertikaler Richtung vor. 4) Die Spitze des Instruments darf kaum die Haut berühren und muss ein Geräusch hervorbringen, ähnlich dem Knistern des elektrischen Funkens. 5) Die Wirksamkeit des Verfahrens hängt nicht von der Tiefe und Breite der Wunden, sondern von ihrer Menge ab. 6) Die touchirten Punkte sollen höchstens 15—20 mm von einander entfernt sein. 7) Die Kauterisationen sollen nicht auf die den erkrankten Organen entsprechenden Hautpartien beschränkt werden, sondern über die Grenzen der-



selben um einige Centimeter hinausgehen. 8) Sofort nach der Operation soll die ganze, kauterisirte Partie mit einer dicken Lage Stärkemehl bestreut werden. In dieser Weise angewandt hat das Verfahren nach V. keinerlei Nachtheile, der Schmerz ist kurz und unbedeutend. Die Wirkungen dieses Verfahrens machen sich geltend auf die Haut, auf Pleura und Lungen und auf das Allgemeinbefinden. Die Haut wird an den kauterisirten Stellen intensiv roth und es tritt eine lokale Temperatursteigerung bis zu 1° C. ein. Bei manchen Kranken dauert die Röthe mehrere Stunden und reicht oft weit über die Grenze der Kauterisationen hinaus. Fast immer tritt im Bereich der letzteren Cutis anserina auf (Reizung der vasomotorischen Nerven). Auf Pleura und Lungen wirken die Kauterisationen in der Weise, dass nach mehreren Sitzungen das pleuritische Reiben nachlässt, und die Auskultation eine allmähliche Verminderung der auf die entzündlichen Vorgänge in den Lungen zu beziehenden Symptome nachweist. Husten und Auswurf wird geringer, Dämpfungen hellen sich auf und luftleere Partien der Lunge werden wieder lufthaltig. In einigen Fällen wurden durch die Kauterisationen hartnäckige Blutungen dauernd gestillt. Die Wirkungen auf das Allgemeinbefinden sind: Nachlass des Fiebers und der Nachtschweiße. Hebung des Appetits und des Körpergewichts, erhöhtes Wohlbefinden. besserer Schlaf.

In welcher Weise die Wirkung der Kauterisationen zu erklären ist, will V. nicht entscheiden. Er glaubt, dass die kompensatorische Kongestion zur Haut und die durch Reflexaktion hervorgerufene bessere Ernährung der kranken Organe dabei eine Rolle spielen.

Er hat 44 Fälle von Phthise in den verschiedensten Stadien der Erkrankung mit den Kauterisationen behandelt und in 37 gute Resultate erzielt. Dass weit vorgeschrittene Fälle von Lungenschwindsucht damit nicht geheilt werden, giebt er als selbstverständlich zu, wohl aber hält er eine Heilung in den Anfangsstadien durch dieses Verfahren für möglich und glaubt, dass dasselbe auch in den schwereren Fällen eine Verzögerung des destruktiven Processes herbeizuführen im Stande ist. **Brockhaus** (Godesberg).

---

265. **Hayem.** Sur le mécanisme de l'arrêt des hémorragies. Über den Mechanismus der Blutstillung.

(L'union méd. 1882. No. 96.)

Nachdem H. die einschlägigen Arbeiten von Andral, Vulpian und Ranvier kurz erwähnt, citirt er seine Untersuchungen aus dem Jahre 1877, in denen er die Existenz der sogenannten Hämatoblasten im Blute der Wirbelthiere und ihre leichte Veränderlichkeit beim Verlassen des Organismus oder bei Berührung mit Fremdkörpern konstatirte: Dieselben nehmen eine klebrige Beschaffenheit an, treten zu kleinen Klümpchen zusammen und bilden bei der Koagulation des Blutes die Ausgangs- und Anknüpfungspunkte für die Fäden des



fibrinösen Netzwerkes. Alles was die Gerinnung verhindert, verzögert diese Veränderung der Hämatoblasten und umgekehrt. Im Verlauf dieser Untersuchungen studirte H. auch die Art und Weise, wie bei einer Gefäßwunde die spontane Blutstillung eintritt. Er legte die V. jugularis eines Hundes frei, machte eine kleine Wunde in dieselbe und wartete dann das spontane Aufhören der Blutung ab. Dann unterband er das periphere Ende der Vene, worauf er mit Leichtigkeit den die Gefäßwunde verschließenden Pfropf wegnehmen und untersuchen konnte. Derselbe hatte die Form eines Nagels, dessen Spitze in das Innere des Gefäßes hineinragte, während der Kopf auf der äußeren Gefäßwandung aufsaß. »Die Spitze und die centralen Partien sind von grauer Farbe, klebrig und aus einer theils granulirten, theils amorphen Masse zusammengesetzt. Die Granulationen werden gebildet aus Haufen von Hämatoblasten, die zwar bereits verändert sind aber noch gut von einander unterschieden werden können, während die amorphe Masse aus ganz zusammengesinterten, sehr veränderten Hämatoblasten besteht. Der Kopf des Nagels, von außen roth, enthält im Centrum eine Verlängerung der aus Hämatoblasten bestehenden viskösen Masse und an der Peripherie fibrilläre Züge, die eine Menge rother Blutkörperchen einschließen. In der ganzen centralen Partie bemerkt man nur wenig weiße Blutkörperchen. Augenscheinlich ist die Fibrinbildung erst nachträglich zu einem dichten, fast ganz aus Hämatoblasten gebildeten Pfropf hinzugetreten.«

H. hat dann den Vorgang an Mesenterialgefäßen des Frosches direkt unter dem Mikroskop verfolgt, und sich überzeugt, dass der erste Anstoß zur Bildung des die Gefäßwunde verschließenden Pfropfes ausgeht von den an den Rändern der Wunde haften bleibenden und die oben beschriebene Veränderung eingehender Hämatoblasten. Die weißen Blutkörperchen spielen dabei gar keine Rolle; sie behalten ihre normale Beschaffenheit und ihre physiologischen Eigenschaften (amöboide) Bewegungen noch bei, wenn die den Pfropf bildenden Hämatoblasten schon sehr verändert sind. H. vindicirt seinen Untersuchungen große praktische Wichtigkeit, indem dieselben die blutstillende Wirkung pulverförmiger und schwammiger Substanzen erklären, welche den Hämatoblasten massenhafte Berührungspunkte und somit die Möglichkeit in reichem Maße bieten, die beschriebenen Modifikationen einzugehen. Krankhaft veränderte Stellen der Gefäßwandung wirken auf die Hämatoblasten wie Fremdkörper. Da ferner die Hämatoblasten sich nach H.'s Untersuchungen bei einer Temperatur, welche diejenige des Körpers etwas übersteigt, leichter verändern, so erklärt sich hieraus die günstige Wirkung der Heißwasserinjektionen bei Hämorrhagien des Uterus. Auch glaubt H., dass das Wesen der Hämophilie in einer Verminderung der normalen Anzahl von Hämatoblasten im Blute, oder in der verringerten Fähigkeit derselben, sich in der erwähnten Weise zu verändern, bestehe. Bei dem Pferde, dessen Blut langsam koagulirt, verändern sich auch die Hä-



matoblasten sehr langsam. In dem Blut eines 50jährigen Mannes, der in Folge unstillbaren Nasenblutens dem Tode nahe war, hat H. die relativ geringe Anzahl der Hämatoblasten, so wie ihre langsame Veränderlichkeit direkt nachgewiesen. Die Blutung stand, nachdem dem Pat. 120 g Venenblut von einem gesunden Manne durch direkte Transfusion eingespritzt worden waren. **Brockhaus** (Godesberg).

---

266. **Hertel.** Die Salpetersäure bei der Behandlung der Nephritis.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay** 1882.

Bereits 1843 veröffentlichte Hansen in Trier ein kleines Buch, welches über die Salpetersäure, innerlich verabreicht, als Heilmittel der Bright'schen Krankheit, handelt, nebst einer empfehlenden Vorrede von Prof. Fr. Nasse in Bonn. An der Hand dieses Schriftchens stellt Verfasser, gestützt auf eigne Erfahrung, diejenigen Indikationen auf, welche für die Anwendung der Salpetersäure bei der Nephritis sprechen. Es handelt sich im Wesentlichen um die Kombination von Anasarca und Höhlenhydrops mit einem sparsamen Harne von normalem, meist erhöhtem spec. Gewichte, bei sehr reichlichem Gehalt an Eiweiß und an morphotischen Bestandtheilen, welche für reichlichen Zerfall der epithelialen Elemente der Harnkanälchen sprechen, unter welchen aber rothe Blutkörperchen entweder gar nicht vorhanden sind, oder doch nur höchst sparsam und dann als farblose, kleine Ringe erscheinen. Die Menge der zu beobachtenden Harncylinder ist weniger von Belang als gerade ihre Beschaffenheit; hierher gehören die breiten, meist kurzen, körnigen, mit Fetttröpfchen und Lymphkörperchen bedeckten Formen. Freie Lymphkörperchen erscheinen höchst selten. Die Kranken selbst bieten in diesem Stadium einen fieberlosen Zustand, große Blässe der Haut und der Schleimhäute und eine mehr oder weniger erhöhte Spannung des Aortensystems. Es handelt sich also nach H., anatomisch ausgedrückt, um dasjenige Stadium der »chronischen Nephritis«, in welchem die sich Anfangs sehr allmählich entwickelnde Erkrankung übergeht zur Degeneration, zum fettigen Zerfall der epithelialen Elemente des harnabsondernden Parenchyms. Es ist dies gerade die Zeit, wo dem Patienten die höchste Gefahr droht. Das eigentliche Wirkungsgebiet der Salpetersäure soll diejenige Zeit im Verlauf der chronischen Nephritis umfassen, wo noch kein Höhlenhydrops, kein hohes Alter, keine schlechten Lebensverhältnisse, welche den Eintritt einer ausreichenden, kompensatorischen Herzhypertrophie verhindern, vorhanden sind. Aber selbst in den Fällen, wo die äußeren Umstände ungünstig waren, konnte eine wesentliche Besserung mit erträglicher Existenz eintreten. Bei vollendeter Nierenschrumpfung ist die Salpetersäure nutzlos, eben so bei akuter (hämorrhagischer) Ne-



phritis. Verf. betont ausdrücklich, dass frisches Blut im Harn die Anwendung und Wirksamkeit der Salpetersäure mindestens zweifelhaft, ja gar schädlich erscheinen lasse, eben so wenn akute Verschlimmerung der chronischen Form durch Auftreten frischen Blutes sich anmeldet.

Ob bei »Scharlachnephritis« die Salpetersäure von Erfolg ist, wagt Verf. wegen mangelnder Erfahrung nicht zu entscheiden, doch dürfte Salpetersäure kaum günstig wirken, weil es sich hier meistens um sehr akut entstehende Zustände handelt.

In allen passenden Fällen sah Verfasser niemals eine Verdauungsstörung, obwohl bis 80 gr Salpetersäure ohne Unterbrechung gereicht wurden; bisweilen ließ der Erfolg bis 14 Tage auf sich warten, dann aber, bei konsequenter Darreichung des Mittels, erschien er ziemlich schnell. Als angenehmste Formel für die Verabreichung empfiehlt H.:

Rcp:. Decoct. Mth. 160,0
Acid. nitric. 4,0
Syrup. Rub. Jd. 20,0
M. D. S. 2st. 1 Esslöffel.

Prior (Bonn).

---

267. **N. Sassetzki.** Über den Einfluss des Fiebers und antipyretischer Behandlung auf den Stickstoffumsatz und die Assimilation der stickstoffhaltigen Bestandtheile der Milch. Vorläufige Mittheilung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 27.)

Litteraturangaben und die Anordnung der Beobachtungen und Untersuchungen sind im Original nachzusehen. S. kommt zu folgenden Resultaten:

1) Kalte Bäder vermindern die Menge des durch den Harn ausgeschiedenen Stickstoffs; die Verminderung beträgt für drei Tage 6—20 g.

2) Kalte Bäder vermindern die durch den Harn ausgeschiedene Quantität der Phosphate; die Verminderung beträgt für drei Tage 2—5 g.

3) Kalte Bäder verringern den Verlust des mit den Fäces abgehenden Stickstoffs, und zwar in drei Tagen um 1—9%.

4) Ein Einfluss der kalten Bäder auf die täglich konsumirte Menge von Wasser und Milch ließ sich nicht mit Bestimmtheit konstatiren.

5) Kalte Bäder verringern meistentheils (bei sieben von den neun Patienten) den Wasserverlust durch die Lungen und die Haut.

6) Beim Fieber steigt der Verlust an festen und stickstoffhaltigen, mit den Fäces abgehenden Bestandtheilen der Milch, und zwar beträgt derselbe für drei Tage 2—11%. **E. Bardenhewer** (Bonn).



268. **A. Proebsting.** Über Tachycardie.

(Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

P. theilt 3 Fälle von Tachycardie mit, die er auf der Gerhard'schen Klinik beobachtet hat. An die eigene Mittheilung schließt Verf. eine Besprechung der in der Litteratur verzeichneten Fälle an. Zwei von den selbst beobachteten Fällen zeigten eine Pulsfrequenz von über 200, der dritte eine von 120—136 Schlägen. Als Ursache für die Tachycardie im ersten Falle wird eine centrale Vaguslähmung, im zweiten ebenfalls eine Neurose des Hemmungsnerven (durch plötzlichen Schreck hervorgerufen), im dritten eine Affektion der Herzganglien angenommen. Die in der Litteratur gefundenen Fälle von Tachycardie sind bei der Besprechung so angeordnet, dass zuerst die durch Lähmung des Hemmungsnervensystems bedingten, dann die durch Reizung des vasomotorischen Systems hervorgerufenen, angeführt werden. Zum Schluss folgt eine Erörterung der Diagnostik und der Therapie. **Lachmann** (Frankfurt a/M.).

---

269. **Sesemann.** Beitrag zur Lokalbehandlung der Diphtherie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 26.)

Verf. behandelte 21 schwere Diphtheriefälle, darunter nur 3 Erwachsene, die übrigen lauter Kinder meist unter 6 Jahren, mit Jodoform. Es starben davon 5 und zwar 4 an Herzparalyse und 1 an Sepsis. Von den 4 an Herzparalyse Verstorbenen kamen nur 2 am ersten Krankheitstage in Behandlung. Die Anwendung ist folgende: Das Pulver wird mit 3 Theilen Zucker gemischt und mittels des Galente'schen Pulverbläsers auf die afficirten Stellen gebracht. Um das Medikament auch auf die hintere Fläche des weichen Gaumens und in die Nase zu bringen, führt Verf. entweder ein elastisches Rohr durch die Nase und treibt durch dieses das Pulver, oder, wo dieses nicht durchzuführen ist, steckt er aus Jodoform mit Gelatine oder Glycerin und Gummi arabicum präparirte Stäbchen in die Nase ein, welche beim Schmelzen längs der hinteren Fläche des weichen Gaumens herabfließen. Es ist zweckmäßig, die Kinder vorher gurgeln oder ausspritzen zu lassen. **Kohts** (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 20. **Sonnabend, den 26. August.** **1882.**

270. **Zweifel.** Untersuchungen über die wissenschaftliche Grundlage der Antisepsis und die Entstehung des septischen Giftes.

(Zeitschrift für physiologische Chemie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Lister habe bei der Übertragung der theoretischen Forschungen auf den lebenden Menschen die implicite Voraussetzung gemacht, dass der gesunde Körper der bakterienfreien Flüssigkeit des Experiments gleich zu achten sei. Auch der gesunde, lebende Mensch müsste danach frei sein von Fäulniserregern, wenn das Fernhalten von solchen beim Wundverband überhaupt einen Sinn haben soll.

Dieser Voraussetzung, so sehr sie die Logik a priori und a posteriori für sich hat, stehen aber Resultate der exakten Forschung gegenüber und zwar in einem unvereinbaren Widerspruch.

Die ersten Versuche nach dieser Richtung wurden von Billroth und Tiegel gemacht. Sie ergaben als Resultate, dass auch im gesunden Körper Fäulniserreger vorhanden seien. Zu den glei-



chen Ergebnissen kam mit dieser Versuchsanordnung auch Burdon Sanderson.

Gerade wegen der meistentheils negativen Resultate, konnten die wenigen positiven der herrschenden Lehre von der Abacteriosis gesunder Organe des lebenden Körpers keinen Stoß geben. Nur Pankreas, Leber und Milz gingen ausnahmslos oder in der Regel in Zersetzung über, also gerade diejenigen Organe, welche zum Theil durch die Drüsenausgänge in Kontinuität mit dem Darmkanal stehen oder doch in unmittelbarer Nähe desselben gelagert sind. Untersuchungen nach demselben Princip und zu demselben Zweck unternahmen einige Jahre später Nencki und Giacosa.

Die zum Versuche verwendeten Organstücke wurden mit einem Messerzug weggeschnitten und kamen innerhalb weniger Sekunden aus dem lebenden gesunden Thier in das bakterienreine Quecksilber und waren fortan vom Luftzutritt vollständig abgeschlossen. Dann kam der ganze Apparat im Brütofen in die konstante Temperatur von 38—40° C.

Nur wenige Stücke blieben von der Fäulnis verschont. In der Regel entwickelte sich in einigen Tagen Gas, welches das Quecksilberniveau tiefer und tiefer drückte und schließlich die Glasglocke aufhob und entwich.

Diese Gase waren ausnahmslos höchst übelriechend und die Organe enthielten Bakterien.

Bei den seltenen Ausnahmen ließ sich mit Bromwasser Phenol (Karbolsäure) nachweisen, so dass das negative Resultat einfach durch die medikamentöse Einwirkung der Karbolsäure erklärt wurde.

Gegen alle Versuche dieser Art lässt sich nun der Einwand erheben, dass die Organstücke doch immer vom Thier bis zum Untertauchen unter das Quecksilber durch die Luft gebracht werden. Aber Nencki machte noch über die Infektionsmöglichkeit der Luftkeime Kontrollversuche, wobei er die Luft mehrere Stunden durch eine Nährlösung leiten musste, ehe dieselbe mit Fäulnisbakterien inficirt wurde.

Alle Experimentatoren von Billroth an wurden immer überzeugt, dass schon im gesunden lebenden Organismus Bakterienkeime existiren, aber überzeugen konnten sie alle diejenigen nicht, welche, bestärkt durch die eminent günstigen Resultate der chirurgischen Praxis, sich vollständig in den entgegengesetzten Gedankengang eingelebt hatten.

Bei festen Gewebspartien war es freilich undenkbar, sie ohne irgend welche Berührung mit der äußeren Luft unter Quecksilberabschluss zu bringen und so schlug Verf. als Versuchsobjekt Blut vor, das man in der That mit Ausschluss von Luftzutritt direkt aus einer Arterie in das voran erhitzte und aufs Vollkommenste desinficirte Quecksilberrohr bringen kann. Das Resultat war nun stets das gleiche, ob Verf. das Blut eine oder vier Wochen bei der konstanten Temperatur von 40° C. ließ. Das Blut gerann, presste Serum aus

und wurde ganz dunkel. Die Fäulniserscheinung, die Nencki und Giacosa in den Vordergrund bei ihren Beobachtungen stellten, dass sich Gas entwickle, blieb immer aus. Der Niveaustand des Quecksilbers blieb immer gleich. Dieses Resultat bestärkte Verf. wesentlich in seiner Skepsis, um so mehr, als er gleich nachher beim Auffangen von Blut aus einer Nachgeburt und im Übrigen ganz gleicher Konservirung ganz starke Gasentwickelung sah. Verf. machte diese Kontrollprüfungen mit dem Herzen, setzte es einer konstanten Temperatur von 38—40° C. aus, wurde aber in seinen Erwartungen getäuscht. Trotzdem er die Herzen innerhalb einer Sekunde nach Eröffnung des Herzbeutels unter das gerade voran erhitzte Quecksilber brachte, kam immer Fäulnis zu Stande. Es bildete sich im Laufe der ersten Tage immer Gas, welches das Quecksilber niederdrückte und schließlich die Glasglocke aufhob und entwich. Nicht immer war die Gasentwicklung so stark, sondern gelegentlich blieb sie auf einer gewissen Stufe stehen und ging nicht weiter, selbst wenn man das Herz lange Zeit fort im Brütofen ließ. Wo man das Gas riechen konnte, war es penetrant fötid. Das Serum reagirte stark sauer. Auch diese Versuche wiederholte Verf. sehr oft.

Verf. giebt an, dass die Temperatur von 38—40° C. nothwendig ist. Lässt man das Ganze bei niedriger Zimmertemperatur (10—13° C.) stehen, so kommt — wenigstens so weit man dies durch das Glas hindurch beobachten kann — keine Veränderung des Herzens zu Stande.

Verf. nahm mikroskopische Prüfungen des unter Luftabschluss konservirten Blutes vor und fand darin regelmäßig verschiedene Kokkenformen in lebhaftester Bewegung. Also auch hier wieder eine Bestätigung früherer Untersuchungen, speciell derjenigen von Hensen. Um zu erfahren, ob die Luft mit ihren Keimen es sei, welche diesen Unterschied bedinge, brachte Verf. nun in weiteren Versuchen absichtlich mit einer kleinen Glasspritze Luft zu dem abgesperrten Blute. Das Blut wurde zunächst mit allen Kautelen aufgefangen. Dann unter die eine Glasglocke möglichst viele, unter eine zweite nur einige Luftblasen eingespritzt: bis 3 Wochen nachher keine Veränderung im Niveaustande zu bemerken. Auch diese Versuche wurden mit demselben Ergebnis wiederholt. Wenn Verf. dagegen das Blut erst in eine Schale fließen ließ und dann mit einer Spritze aufsaugte und unter Quecksilber brachte, traten alle Symptome der Fäulnis, also auch Gasentwicklung auf.

Es konnte dies wahrscheinlich nur an dem größeren Sauerstoffgehalt des Blutes liegen; denn im Übrigen ist das Blut den festen Geweben vergleichbar und bei entsprechender Wärme und Feuchtigkeit ein exquisit fäulnisfähiges Substrat.

Da das blutleere Herz rasch in Fäulnis überging, die Fäulnisprodukte aber in bestimmter Weise krank machen, — nach der gewöhnlichen Ausdrucksweise »septisch inficiren« — da andererseits das Herz in freiem Sauerstoff nicht in Fäulnis überging, wenigstens



das eine Hauptsymptom, die Gasbildung, nicht zeigte, beschloss Verf. die Blutflüssigkeiten auf ihre Infektiosität zu prüfen. Verf. wählte das Blut und nicht die festen Gewebe, weil sich mit demselben viel leichter einwurfsfreie Experimente machen lassen. Wenn die Anwesenheit des Sauerstoffs den Eintritt der Sepsis hindert, so müsste Blut, das mit seinem Oxyhämoglobin bei 40° C. aufbewahrt wird, dadurch nicht septisch werden. Dagegen müsste die Entfernung der Gase, hauptsächlich die des Sauerstoffs, auch ohne irgend eine weitere Änderung der Experimente das Blut septisch machen. Diese Folgerung ist nun einfach als Analogieschluss auf das Verhalten der Herzen gemacht worden. Das Resultat dieser Experimente war darin übereinstimmend, dass die Thiere von dem eingebrachten Blut nicht erheblich krank wurden und dass kein einziges unter Symptomen der septischen Peritonitis starb. Fieber bekamen sie zwar einige Mal. Aber es muss dahin gestellt bleiben, ob dasselbe von der Resorption der Blutflüssigkeit in der Bauchhöhle oder von der subkutanen Abscessbildung herrührte. Das letztere hält Verf. für wahrscheinlicher. Doch können auch hierüber erst fortgesetzte Kontrollversuche Aufschluss geben. Erst wenn die subkutane Einspritzung der betreffenden Flüssigkeit in derselben Weise Fieber macht, wird diese Auffassung bestätigt. Klinische Erfahrungen deuten darauf hin, dass auch die Resorption von extravasirtem Blut Fieber machen kann. Verf. erwähnt als Beispiel nur den Verlauf der Haematocele retrouterina. Hauptsächlich muss es nun nach dem oben entwickelten Gedankengang interessiren, wie sich das seines Sauerstoffs beraubte Blut in pathogener Beziehung verhält.

Diese Versuche legten es nahe, dass durch die Entziehung des Sauerstoffs das Blut bei 8 Tage langer Aufbewahrung in Blutwärme geradezu giftig wird und dass sich dabei ein dem septischen ähnliches Gift entwickelt.

Dass Septikämie von septicos, faulig, abgeleitet ist, geht diese Bezeichnung für das Blutgift nicht wohl an und müsste diese Vergiftung nach analoger Wortbildung die Benennung »Anoxygenhaemie« bekommen, allerdings nur so lange, als man die giftigen Stoffe nicht genauer kennt. Die weiteren Details sind im Original nachzulesen.

Kocks (Bonn).

---

271. **Hertel.** Zur Diagnose und Therapie der Diphtheritis.

Verf. stellt sich auf Seiten derer, welche die Infektion des Blutes für den primären Vorgang, und die lokalen Veränderungen im Rachen, Larynx oder in anderen Organen für sekundäre Erscheinungen halten. Daher dünkt ihm der Name »Diphtherie« passender; nach diesen anerkannten Thatsachen richtet Verf. auch die Therapie ein. Abgesehen, dass Medikamente nothwendig werden können, welche gegen den Kräfteverfall, das Fieber, einschreiten, richten sich die therapeu-



tischen Maßnahmen bei Diphtherie fast ausschließlich auf die Bekämpfung der Folgen der lokalen Störungen, und hier wieder mit vorwiegendem Interesse derjenigen in den Fauces und im Larynx. Die Hauptgefahr derselben liegt in der drohenden Suffokation, alle Bestrebungen sind darauf gerichtet, und müssen es sein, die nekrotischen Gewebstheile aus den Fauces und dem Larynx zu entfernen.

Durch die Erwägung, dass wir uns mit Vorliebe feuchter Wärme bedienen, wo es gilt, nekrotisirende Gewebstheile abzustoßen, will Verf. bei Erwachsenen und verständigen Kindern Inhalationen warmer Wasserdämpfe angewendet wissen, wo dies nicht möglich ist, müsse man sich bescheiden mit feuchtwarmen Umschlägen, applicirt auf den Hals. Weiterhin scheint der Grundsatz rationell, die lokalen Störungen durch desinficirende Methoden zu bekämpfen. Verf. redet hier weniger den Auspinselungen das Wort als den Ausspülungen und zwar aus den Gründen: wir erreichen 1) eine Reinigung der Mundhöhle, 2) Würgbewegungen und dadurch Reinigung der Fauces, 3) eine möglichst genaue Bespülung der Fauces; wir ersparen 4) den Kindern die Qual des Mundöffnens und Herabdrückens der Zunge, wie es für den Pinsel nothwendig ist. Ganz besonders empfiehlt H. das Ausspritzen des Pharynx von der äußeren Nasenöffnung aus, weil sich dadurch die Gefahr der Infektion der Nasenhöhle durch die Choanen am besten zurückhalten lasse.

Zum Schlusse wird Kal. chloric. in Lösungen von mittlerer Stärke (5,0 — 8,0 : 200,0), lokal und innerlich angewandt, empfohlen.

Prior (Bonn).

---

272. **Hertel.** Zur Behandlung des Ileotyphus.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Nicht in die Diskussion des Für und Wider der einzelnen Behandlungsweisen des Ileotyphus will Verf. eintreten, sondern nur die übliche Art der Behandlung in dem Landkrankenhause zu Kassel, und die leitenden Grundsätze mittheilen.

Bei regulär verlaufendem Typhus bedient er sich des Acid. muriat., bei bronchitischen Erscheinungen verbunden mit Ipekakuanha, und des Eisbeutels. Das größte Gewicht legt H. auf $^1/_4$—$^1/_2$stündige Verabreichung von einigen Esslöffeln Wasser, namentlich bei wenig besinnlichen Kranken, weil dieselben unter dem Wassermangel, der ihnen durch Durstgefühl nicht zur Perception kommt, ganz furchtbar leiden. Die gewöhnlichen Fälle dürften keine ausgedörrte Zunge zeigen, oder der Arzt, der Pfleger, begeht eine Unterlassungssünde. Täglich 5—6 Stühle bleiben ohne Behelligung, sonst genügen 5 bis 6 Tropfen Tinct. op. einige Mal täglich; außerdem empfiehlt Verf. Solut. arg. nitr. 0,06 : 180,0. 3—4mal täglich 1 Esslöffel. Gegen Delirien werden täglich bis 3mal Abwaschungen mit Eiswasser verordnet; bei schwächlichen oder heruntergekommenen Individuen muss bei



der Applikation der Kälte große Vorsicht herrschen. In der 2. Hälfte der Erkrankungszeit genügen Chinin und verständige Diät: zumal Erbsen, Bohnen, Linsen, enthülst. Wenn das Fieber vollständig gewichen ist, kommen Fleisch, Schwarzbrot, Bier in Frage.

Weicht der Verlauf des Typhus von dem gewöhnlichen Wege ab, so tritt andere Therapie in ihr Recht. Zunächst handelt es sich um Fälle mit gestörtem typischen Fieberlauf. Bäder lauwarm, selbst bis 28° R., thun gute Dienste, eventuell mit kalter Begießung des Kopfes; als Nothbehelf dient die Einwicklung in feuchte Laken bis zur Dauer einer Stunde. Stößt man ferner auf Fälle, wo die abendlichen Temperatursteigerungen sich bis in die 5., selbst 6. Woche behaupten, so handelt es sich in den meisten Fällen nach Verf. um hartnäckiges Fortbestehen der Ulcerationen im Darm, es ist daher auf das Strengste diätetisch recht zu handeln, daneben sind hydropathische Fomente zu verordnen.

Verf. theilt die Anschauung derjenigen, welche die Infektion des Organismus im Ileotyphus auf die Annahme eines fauligen Zersetzungsstoffes, eines septischen Stoffes, zurückführen. Von diesem Standpunkte aus wendet er sich nicht allein gegen die »Fieberhitze« in den schweren Typhusformen: denn das Fieber ist eben nur ein Symptom unter den vielen im Krankheitsbilde, wenn auch von hoher Bedeutung. Daher spricht Verf. sich gegen das kalte Baden aus, welches einseitiges Behandeln verrathe, wenn auch dadurch eine größere Freiheit des Sensoriums bleibe. Die Gruppe der Excitantien zieht H. dem Weine vor, weil, selbst wenn der Wein gut ist, er namentlich bei Personen, die nicht an ihn gewöhnt sind, mancherlei Missstände hervorruft: Belästigung der nervösen Centralorgane.

Gegen die Delirien empfiehlt Verf. in einigen Fällen 5—6 Blutegel hinter jedes Ohr, weil Meningealapoplexien post mortem mehrere Mal konstatirt wurden. Auch erfüllen kalte Bäder von +15° bis halbstündige Dauer mit öfters wiederholten kalten Übergießungen aus geringer Höhe mit mäßig starkem Strahle ihren Zweck. Vor der Anwendung des Chloral ist zu warnen, während kleine Morphiumdosen ziemlich sicher einen ruhigen Schlaf verursachen, auf welchen Freiheit des Sensoriums folgt.

»Typhusgeschwüre« sieht H. sehr selten, weil den Kranken die Mundhöhle und Pharynx regelmäßig ausgespült wird, sei es mit dem Irrigator oder mit einer Glasspritze, welch letztere besser an den erstrebten Ort gelangen lässt. Als Irrigationsflüssigkeit dient Acid. carbol. (1%), Kal. chloric. (2%), doch dürfte auch einfach warmes Wasser hinreichen. Zugleich wird durch das fleißige Ausspülen, eben so wie die gefürchtete Mitaffektion des Pharynx und Larynx selten wird, auch die Entzündung des mittleren Gehörganges vermieden werden, weil dessen Erkrankung von der Tuba Eustachii aus vermittelt wird.

Prior (Bonn).



273. **Ph. Schech** (München). Lungen- und Trachealsyphilis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

Die von Sch. mitgetheilten zwei Fälle, in denen beiden durch antiluetische Behandlung Heilung erzielt wurde, bieten in ihren Details außerordentlich viel Gemeinsames. Der Kehlkopf war intakt, der untere Abschnitt der Trachea an der Bifurkation stenosirt. In beiden Fällen war die Lunge mit erkrankt und konnte dies, abgesehen von den physikalischen Symptomen, durch die mikroskopische Untersuchung von expektorirten Gewebstheilen unzweifelhaft konstatirt werden. Es ist wiederholt bestritten worden, dass die mikroskopische Untersuchung der Sputa Anhaltspunkte für eine differentielle Diagnose zwischen Syphilis und Phthisis der Lunge bieten könne. Sch. giebt die Schwierigkeit der Diagnose in diesen Fällen zu, konnte jedoch gerade in den beiden von ihm publicirten Fällen durch das Mikroskop seine Diagnose befestigen, welche später durch den Erfolg der Behandlung gesichert wurde. Hinsichtlich des Verlaufs der Krankheit unterscheiden sich die beiden Fälle wenig von den bisher beobachteten. Auffallend war es, dass im 1. Falle die Lungensyphilis schon nach der verhältnismäßig kurzen Zeit von 3 Jahren zum Ausbruch gelangte. Da wir zur Zeit kein einziges pathognomonisches Zeichen besitzen, so wird man seine Diagnose nie auf ein einzelnes Symptom stützen, sondern auf die funktionellen Störungen und nachweisbaren Veränderungen des Respirationstraktus, den Verlauf der Krankheit, den Einfluss der Behandlung, die Anamnese und die Koincidenz mit Syphilis in anderen Organen.

Kopp (München).

---

274. **Holländer** (Wien). Über cirkumskriptes Gehirnödem als Ursachen von Herdsymptomen.

(Jahrbücher f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medicin Bd. III. Hft. 3.)

In den agonalen Zuständen bei Herz-, Nieren- und diffusen Hirnerkrankungen, eben so wie bei der allgemeinen progressiven Paralyse zeigen sich Lähmungs- und Reizerscheinungen, welche auf eine umschriebene Störung mit Bestimmtheit hinweisen, ohne dass bei der Obduktion eine Herderkrankung im Gehirn gefunden wurde. Für diese Störungen macht H. ein partielles Gehirnödem verantwortlich. Entgegen Huguenin, welcher eine solche Erklärung nicht gelten lässt, beruft H. sich auf Durand Fardel, der Apoplexien mit Hemiplegien durch ein quantitativ verschiedenes Piaödem entstehen lässt und auf Bamberger und Colberg, welche nach Apoplexien nur ein cirkumskriptes Gehirnödem fanden. H. führt dann zur Begründung seiner Auffassung zwei selbst erlebte Fälle an. Der erste, ein akuter Aufregungszustand, zeigte einige apoplektiforme Anfälle geringen Grades mit rechtsseitiger Extremitäten- und Facialisparese und führte zu der Annahme einer lokalisirten Erweichung in den linken motorischen Ganglien. Die Obduktion ergab Atrophie



des Gehirns, partielle Verdickung der Häute, Verlängerung der Hinterhörner, Maceration der Kammerwände, »Ödem des Gehirns nach Hyperämie, welche in den linksseitigen Ganglienmassen vollkommen verdrängt wurde«. Fettherz, Hypostase in den unteren Lungenpartien. Während in den rechten Stammganglien eine Hyperämie in der Leiche noch vorhanden, war dieselbe links durch das Ödem verdrängt, welches letztere durch die fettige Entartung des Herzens und die damit verbundene Erhöhung des Seitendruckes in dem Venengebiete als Stauungsödem seine Erklärung findet.

Im 2. Falle ließen sich die beobachteten rechtsseitigen Krämpfe und nachfolgenden Paresen, die auf eine in Verbindung mit diagnosticirter Hirnlues entstandene Erweichung in den linken motorischen Ganglien hinwiesen, nicht gleich ungezwungen mit einer »Abplattung der linksseitigen Windungen durch Ödem« in Verbindung bringen.

Oebeke (Endenich).

---

275. **E. Mendel.** Sekundäre Degeneration im Bindearm.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 11.)

Verf. veröffentlicht Krankengeschichte und Sektionsbefund eines Pat., der in Folge einer Apoplexie eine Lähmung der rechten Körperhälfte bekam. Im Gefolge derselben treten Aphasie, Dementia und Hemiopie auf, und unter allmählicher Zunahme der Lähmungserscheinungen, die sich zuletzt auch auf die linke Körperhälfte erstreckten, starb Pat. $1/_2$ Jahr nach Beginn seines Leidens. Die Sektion ergab: Atrophie der linken Hemisphäre namentlich des Stirntheils derselben, im Pulvinar des linken Sehhügels ein erbsengroßer hämatogener Herd, von hier ausgehend Degeneration eines Faserzugs des Bindearmes bis zu dessen Einstrahlung in das Kleinhirn, außerdem graue Degeneration der Pyramidenseitenstränge und Hinterstränge des Rückenmarkes beider Seiten. In der Epikrise bezieht Verf. die Lähmung der rechten Körperhälfte auf den Bluterguss im linken Sehhügel, während sich Hemianästhesie, Hemiopie und Aphasie durch Druckwirkung im Gebiet des hintersten Theils der innern Kapsel und die Dementia durch die Atrophie der linken Hemisphäre erklären. Die Degeneration der Pyramidenseitenstränge fasst er als absteigende Degeneration auf. Die, so weit dem Verf. bekannt, noch nie beobachtete Degeneration im linken Bindearm, die sich makroskopisch und mikroskopisch als ein Process der sekundären Degeneration ausweist, führt ihn zu der Vermuthung, dass ein Faserbündel des Bindearmes motorischer Natur sein und vom Pulvinar des Sehhügels zum Kleinhirn gehen könnte. Dieses Bündel wäre, wenn das Pulvinar mit dem Sehen und das Kleinhirn mit der Erhaltung des Körpergleichgewichts zusammenhinge, der Weg, »auf dem unsere Körperhaltung resp. unsere Bewegungen nach den Eindrücken, die wir durch den Gesichtssinn erhalten, regulirt werden«.

Gessler (München).



276. **Wilhelm Hack.** Reflexneurosen und Nasenleiden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 25.)

Verf. hat, veranlasst durch die Beobachtung Voltolini's, dass Nasenpolypen asthmatische Anfälle hervorrufen können, eine große Anzahl von Patienten rhinoskopisch untersucht und gefunden, dass auch bei viel geringfügigeren Nasenaffektionen als Polypen, Reflexneurosen vorkommen. Zum Beleg hierfür beschreibt er 12 Fälle, bei denen theils einfache katarrhalische Schwellung oder Granulationsbildung der Nasenschleimhaut, theils auch Polypen die Ursache der Reflexneurose bildeten. Außer Asthma beobachtete Verf. Nieskrampf, Krampfhusten, Flimmerskotom, Supraorbital- und Ciliarneuralgie, Cephalalgie, halbseitigen Gesichtsschmerz, Rachenhusten, Vomitus und Epilepsie. In den beiden Fällen, wo halbseitiger Gesichtsschmerz und Epilepsie vorlagen, wagt es Verf. nicht sicher zu entscheiden, ob wirklich die vorhandene Nasenaffektion das ursächliche Moment hierzu abgab, doch verschwand auch hier wie in allen übrigen Fällen die Neurose nach einer galvanokaustischen Behandlung der Nasenaffektion.

Gessler (München).

---

277. **Pramberger.** Über fibrinöse Bronchitis.

Graz, 1881.

P. definirt die fibrinöse oder krupöse Bronchitis als »eine theils akut, theils chronisch auftretende Krankheit der Bronchien, die hauptsächlich bei Erwachsenen auftritt und wobei in Folge eines Entzündungsvorganges in der Bronchialschleimhaut auf deren Oberfläche eine Exsudation erfolgt, welche nebst andern variabeln Elementen, in ihrer Hauptmasse wenigstens aus Fibrin und weißen Blutkörperchen ähnlichen Zellen besteht«. Er hält vorläufig daran fest, dass es sich um eine essentielle selbständige Krankheit handelt und will die so häufig gleichzeitig beobachteten analogen Erkrankungen der obersten Luftwege und des Lungenparenchyms als Komplikationen aufgefasst wissen.

In Bezug auf die Ätiologie ist er der Ansicht, dass Reize der verschiedensten Art, chemische, thermische und mechanische, eine fibrinöse Bronchitis hervorrufen können, nur »müssen alle die eine Bedingung erfüllen, dass sie, indem sie als entzündungserregender Reiz einwirken, gleichzeitig das Epithel der Bronchialschleimhaut so weit schädigen, dass dieses nicht mehr in Rechnung und so die Schleimhaut mehr in die Lage einer serösen Membran kommt«. Ferner kommt ätiologisch sehr in Betracht der Kräftezustand und lokale, die Lunge vorzugsweise betreffende abnorme Verhältnisse, welche eine gewisse Debilität derselben, wie auch des Bronchialepithels voraussetzen lassen. Männer im mittleren Alter werden vorzugsweise befallen; die rauhere Jahreszeit (Oktober bis Mai) stellt das größte Kontingent der Erkrankungen. In einer Tabelle, die 14 Fälle von



akuter und 19 von chronischer fibrinöser Bronchitis umfasst, macht P. diese Verhältnisse anschaulich.

Verf. bespricht sodann die von einigen Autoren vertretene Ansicht, dass die fibrinöse Bronchitis eine specifische Infektionskrankheit sei. Dafür spricht der Verlauf mancher akuter Fälle, unter anderen auch der des von P. selbst beobachteten; dagegen macht es der Umstand, dass fibrinöse Bronchitis in Gesellschaft der verschiedensten Lungenkrankheiten, krupöser, käsiger, katarrhalischer Pneumonie, Tuberkulose etc. auftritt, schwierig, an einem ätiologisch-specifischen Standpunkt festzuhalten.

Bezüglich der anatomischen Verhältnisse erwähnt P. zunächst die Kontroversen, die über das Verhalten des Bronchialepithels bestehen; die Details siehe im Original. Eine Entscheidung über diese Frage wird erst möglich sein, wenn mehr genaue mikroskopische Untersuchungen vorliegen. Die in einzelnen Fällen beobachtete Erweiterung der Bronchien ist nicht Folge der fibrinösen Bronchitis, sondern komplicirender Erkrankungen der Lungen und Pleuren. Als konsekutive Veränderungen des Lungenparenchyms erwähnt P. vikariirendes Emphysem und atelektatische Zustände. Er bespricht sodann Form, Größe, Farbe und Konsistenz der ausgeworfenen Gerinnsel, ihr den Krupmembranen analoges Verhalten gegen chemische Reagentien und ihr Aussehen unter dem Mikroskop, erwähnt das öfters beobachtete Vorkommen von Charcot'schen Krystallen, so wie die von ihm einmal gefundenen Mikrokokkenhaufen und Stäbchenbakterien. Er hat dieselben gezüchtet und Impfversuche damit angestellt, und ist auf Grund seiner Experimente zu dem Schluss gekommen, dass es sich um Fäulnisbakterien handelte.

Die fibrinöse Bronchitis tritt akut, subakut und chronisch auf. Die akute Form beginnt entweder mit stürmischen Allgemeinerscheinungen, Frost, Fieber, Eingenommensein des Kopfes und es folgen dann bald die für den Process charakteristischen Symptome: Heftige, selbst stundenlang anhaltende Hustenparoxysmen mit heftiger Dyspnoe und Erstickungsangst, oder diese letzteren treten im Verlauf einer, schon länger bestehenden Bronchitis auf. Der Husten ist laut und gellend, ohne sonstige charakteristische Eigenthümlichkeiten. Nach der Expektoration eines größeren oder kleineren Gerinnselklumpens tritt Euphorie ein, doch bleibt es selten bei einem Anfall, oft bildet sich das fibrinöse Exsudat sehr rasch wieder. Meist ist die Expektoration mit mäßiger Hämoptoe verbunden; stärkere Blutungen müssen nach P. stets den Verdacht auf komplicirende Erkrankungen des Lungenparenchyms erwecken. Die Perkussion ergiebt während des Anfalls meist hellen Schall; Dämpfungserscheinungen lassen auf atelektatische Zustände schließen. Auskultatorisch sind entweder nur katarrhalische Erscheinungen, Rasseln, Pfeifen, Schnurren, oder wenn auch diese fehlen abgeschwächtes, stellenweise mangelndes Athmen zu konstatiren. Bei Beschränkung der Krankheit auf eine Lungenhälfte treten alle Symptome greifbarer hervor: »Das Abgeflachtsein



und Zurückbleiben dieser Seite bei der Respiration, die eventuelle Einziehung der Interkostalräume hier, die Differenz der Auskultationserscheinungen zwischen beiden Seiten wird um so augenfälliger, als die gesunde oder bloß katarrhalisch afficirte andere Seite eine kompensatorische Thätigkeit entwickelt.« Wenn der Stimmfremitus sich überhaupt prüfen lässt, so ist er über den erkrankten Partien abgeschwächt. Während des Anfalls besteht in Folge der Blutüberfüllung im kleinen Kreislauf verstärkter zweiter Pulmonalton; bei mangelhafter Herzkraft treten bald die Erscheinungen der ungenügenden Dekarbonisation des Blutes auf. Die Dauer der akuten fibrinösen Bronchitis variirt zwischen 48 Stunden und 8—14 Tagen. Die Prognose ist ungünstig: P. berechnet 50% Todesfälle. Tritt der Tod nicht ein, so kann die Krankheit in Heilung übergehen, häufiger aber entwickelt sich die subakute Form, die ihrerseits nach mehrwöchentlichem Verlauf zur Heilung oder unter Zunahme der Allgemeinerscheinungen und der Häufigkeit und Intensität der Anfälle zum Tode führen kann. Endlich kommt ein Übergang der subakuten Form in die chronische vor. Letztere setzt sich entweder aus ganz unregelmäßig auftretenden akuten und subakuten Anfällen, die in einem Falle sich vikariirend mit den Menses einstellten, zusammen oder es entwickeln sich während einer gewöhnlichen chronischen Bronchitis unter geringfügigen oder auch fehlenden Allgemeinerscheinungen leichtere Anfälle von Gerinnselbildung in den Bronchien, deren Expektoration meist keine Schwierigkeit macht. Letztere Form kann jahrelang bestehen. Die Mortalität der chronisch fibrinösen Bronchitis beträgt nach P. $^1/_9$ der Fälle. Die Prognose richtet sich, eben so wie bei der akuten Form, wesentlich nach den komplicirenden Lungenerkrankungen.

Die Diagnose der fibrinösen Bronchitis kann nach P. mit Sicherheit nur gestellt werden, wenn die Expektoration der charakteristischen Gerinnsel erfolgt ist. In zweifelhaften Fällen können zu Verwechslung Anlass geben: Die Stenose eines Bronchialastes durch einen Fremdkörper oder andere Momente und das sogenannte bronchiale Asthma. Bei Bronchialstenose durch einen Fremdkörper ist die Anamnese entscheidend, bei der durch andere Ursachen herbeigeführten »das bei der In- und Exspiration fühlbare Schwirren, dem ein in beiden Phasen auskultatorisch nachweisbares Schnurren entspricht, welches einem Rhonchus sonoris gravis vergleichbar sich von diesem dadurch unterscheidet, dass weder Inspirations- noch Hustenbewegungen von Einfluss auf dasselbe sind, und dass es stets denselben Charakter, dieselbe Intensität und denselben Ausbreitungsbezirk bewahrt«. Bei dem Bronchialasthma kommt diagnostisch in Betracht: Die Plötzlichkeit des Eintritts der Anfälle während sonstigen Wohlbefindens, die vorwiegend exspiratorische Form der Dyspnoe, die rasch sich entwickelnde, gewöhnlich hochgradige Lungenblähung und die undeutlichen oder ganz fehlenden Exkursionen des Zwerchfells bei beträchtlichem Tiefstand desselben. Dass bei Bronchialasthma gerinnselähn-



liche Bildungen vorkommen, die aus dicht zusammengebackenen, zerfallenen Zellen bestehen und zahlreiche Charcot'sche Krystalle enthalten, beweisen die Fälle von Leyden und eine näher beschriebene Beobachtung von P. (s. das Original). Zur Behandlung der akuten fibrinösen Bronchitis werden Inhalationen mit Kalkwasser, Milchsäure etc. empfohlen, die aber weniger durch Lösung der Gerinnsel als durch Anregung der Expektoration wirken; bei hochgradiger Dyspnoe Brechmittel, besonders Apomorphin subkutan. Ferner wird die innerliche Darreichung von Jodkali und eine energische Merkurialbehandlung (Biermer) befürwortet. Bei der chronischen Form sind alle reizenden Inhalationen zu vermeiden, dagegen Jodkali, alkalische Mineralwässer, Lungengymnastik etc. indicirt. Besondere Rücksicht verdienen die häufigen komplicirenden Lungenerkrankungen, besonders Phthise resp. Tuberkulose und der Allgemeinzustand der Kranken.

Zum Schluss giebt P. die detaillirte Beschreibung eines von ihm und eines zweiten von Majorkovič behandelten Falles mit den bezüglichen Sektionsprotokollen. **Brockhaus** (Godesberg).

---

278. **Osler** (Montreal). Über den dritten Formbestandtheil des Blutes.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1882. No. 30.)

Die von Bizzozero vor Kurzem beschriebenen Blutplättchen will O. schon im Jahre 1873 gesehen haben und hält er dieselben für identisch mit Schultze's Körnchenhaufen und Hayem's Hämatoblasten. In einer Publikation vom Jahre 1874 suchte er nachzuweisen, dass diese Körnchenhaufen eine Ansammlung von kleinen nicht übereinstimmenden mikroskopischen Körperchen sind, die $^1/_8$ bis $^1/_2$ der Größe der rothen Blutkörperchen besitzen; ferner dass diese Haufen als solche nicht im Blute existiren, sondern dass deren individuelle Elemente frei unter den übrigen Blutzellen cirkuliren. Den Einfluss der beregten Körper auf die Gerinnung und Klumpenformation des Blutes konnte O. häufig beobachten.

Kopp (München).

---

279. **Fronmüller.** Über das gerbsaure Kannabin.

(Memorabilien 1882. Juli.)

Verf. hat Versuche mit Präparaten angestellt, welche von Merck zur Verfügung gestellt waren. Er hat von jeher das Extract. Cannabis indicae dem Morphium vorgezogen wegen der milderen weniger giftigen Wirkung bei Erstrebung schlafmachender Wirkung. Da aber die Kannabistinktur wegen ihres Gehaltes an Alkohol zu erregend wirkt, konnte es bis jetzt nur in Pillenform gegeben werden. Dagegen kann das Cannabin. tannicum in Pulvern verabreicht werden. Es ge-



währt die Vortheile, dass es mit oder ohne Zucker einnehmbar die volle Kraft enthält, einen nicht aufgeregten Schlaf erzeugt, mit Intoxikationserscheinungen nicht einhergeht, namentlich andern Morgens keine Nachwirkung hat, und dass namentlich die Stuhlentleerungen nicht dadurch beeinflusst werden. Die Dosis muss bei fortgesetztem Gebrauche gesteigert werden. Canabinum tannicum ist ein gelbbraunes Pulver, aus amorphen Plättchen, tanninartigem Geschmack; in Alkohol wenig löslich, in Wasser und Äther unlöslich. Das Mittel ist bei 63 Pat., meist bei Erkrankungen des Respirationsapparates angewandt.

0,1 bis 1,0 pro dosi je nach dem Grade der Schlaflosigkeit. Nur in 12 Fällen war das Mittel wirkungslos geblieben, in 37 wurden prompte Erfolge, in 15 »halbe Erfolge«, unterbrochener Schlaf erzeugt. Nur einmal nach einer Dosis von 1,5 g bei einem Bleikolikkranken wurde andern Morgens eine Betäubung beobachtet, die aber nach Eingabe von Essigäther sich bald verlor. Erbrechen wurde nie beobachtet. Das Mittel wird demnach warm empfohlen.

Finkler (Bonn).

---

280. **Semmola** (Neapel). Das Jodoform und dessen Nutzen bei Behandlung broncho-pneumonischer Erkrankungen und insbesondere der käsigen Broncho-Alveolitis.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 30.)

Von der Beobachtung ausgehend, dass ein Theil des Jodoform ohne Veränderung auf der Oberfläche der Lunge ausgeschieden wird, bediente sich S. gegen die obigen Erkrankungen und weiterhin gegen eine Reihe chronischer Lungenerkrankungen (Bronchialkatarrh, Asthma etc.) des Jodoform; er sowohl, wie mehrere andere Kollegen in Italien fanden günstige Resultate. Keineswegs behauptet S., ein Heilmittel der primären Tuberkulose oder auch nur der käsigen Processe, welche sich im Respirationstrakte etabliren, gefunden zu haben; er hält vielmehr, bei dem absoluten Mangel an einem gegen die käsigen Processe irgend wie brauchbaren Heilmittel, der allgemeinen Aufmerksamkeit und der weiteren Versuche das Jodoform würdig. Es übt nämlich das Jodoform folgenden Einfluss aus: 1) Es wird die Expektoration vermindert, was in manchen Fällen sehr rasch und in ausgiebiger Weise eintritt. Gleichzeitig nimmt der Husten ab und es schwinden vollkommen die Stickanfälle, wahrscheinlich in Folge der bekannten lokal-anästhesirenden Wirkungsweise des Medikamentes. 2) Die in den Bronchien oder, bei vorgeschrittenem Stadium der Krankheit, in den kleinen Erweichungsherden oder in größeren Kavernen enthaltenen Sekrete werden desinficirt. 3) Das Fieber nimmt progressiv ab und ist dies, wie Verf. meint, zum großen Theil der desinficirenden obigen Wirkung zuzuschreiben. 4) Auch der Lokalprocess wird günstig beeinflusst und in einzelnen Fällen zeigt sich eine merkliche Ausgleichung zum Normalen. 5) Das Allgemeinbe-



finden der Kranken bessert sich zusehends und in Fällen von käsiger Broncho-Alveolitis im ersten Stadium kann sogar wirkliche Heilung erzielt werden.

Die tägliche Dosis, welche S. verabreichte, schwankt zwischen 0,05—0,4—0,5, je nach der Tolerabilität der Verdauungsorgane und des Nervensystems. Eine wesentliche Bedingung für die Behandlung ist die Verabreichung geringer Einzeldosen: 1—2stündlich eine Pille. Ist die Ertragsfähigkeit zweifelhaft, so lässt man nach Rummo's Vorgang Jodoform in Terpentin gelöst 3—4mal täglich inhaliren, wobei man noch den Vortheil hat, die Athemluft durch die Kranken selbst zu verbessern. **Prior** (Bonn).

---

281. **Antweiler** und **P. Breidenbend.** Bestimmung des Zuckers im diabetischen Harn durch Gährung.

(Pflüger's Archiv Bd. XXVIII. p. 179.)

Die Verff. beschreiben eine Methode, den Zucker im diabetischen Harn in 2—3 Stunden zu vergähren, indem sie 100 ccm Harn mit 4 g Nährsalzen, bestehend aus 2 g phosphorsaurem Kali und 2 g weinsaurem Kali-Natron, so wie 10 g Trockenhefe versetzen und das Gefäß an einen 30—35° warmen Ort bringen.

Nachdem die Gährung vollendet, kann der Zucker auf verschiedene Art ermittelt werden. Es wird die Menge des Alkohols bestimmt und hieraus der Zucker berechnet. Diese Methode giebt hinlänglich genaue Resultate.

Dann kann im Harn ein Niederschlag erzeugt werden, welcher die Hefezellen mit zu Boden reißt. Das specifische Gewicht des unveränderten Harns plus einer bestimmten durch die Erzeugung des Niederschlags (Bleiacetat und Kaliumchromat) erhaltenen Größe minus dem specifischen Gewicht des Filtrates vom vergohrenen und ausgefällten Harne multiplicirt mit einer empirisch gefundenen Zahl ergiebt die Anzahl Gramme Zucker, welche in 100 ccm Harn enthalten sind.

Endlich drittens beschreiben die Verff. eine Methode, welche trotz ihrer großen Einfachheit sehr genaue Resultate ergiebt. Sie besteht in Folgendem:

100 ccm dessen specifisches Gewicht (A) bestimmt ist, werden mit 4 g oben genannter Nährsalze, so wie 10 g Hefe versetzt und bei der angegebenen Temperatur vergohren. Nachdem die Gährung beendigt, wird die über der Hefe befindliche nur schwach getrübte Flüssigkeit abgegossen und hiervon wieder das specifische Gewicht (B) genommen. Die Menge des in 100 ccm Harn enthaltenen Zuckers ist gleich $(A + 0{,}022 - B)\ 218$.

Die specifischen Gewichte können mit dem Urometer genommen werden. In Betreff der nähern Angaben muss auf die Originalabhandlung verwiesen werden. Der Bequemlichkeit halber sind sämmt-



liche zu einer derartigen Bestimmung nöthigen Gefäße, nebst einer Gebrauchsanweisung, von Dr. H. Geisler's Nachfolger Franz Müller zu beziehen. **Antweiler** (Bonn).

Kasuistik.

282. **H. Hertel.** Zur symmetrischen Gangrän.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde p. 102.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Verf. hat die Erkrankung in zwei Fällen beobachtet. Nach kurzem Eingehen auf die Litteratur (Raynaud) bezieht Verf. auf die von Billroth aufgestellten Unterschiede zwischen »lokaler Synkope«, »lokaler Asphyxie« und »lokaler Gangrän«.

Der erste Fall H.'s betrifft ein 20jähriges Mädchen, bei welcher das Leiden mit nächtlichen Schmerzen im Zeige- und Mittelfinger der einen Hand begann und dann auf die gleichen der anderen Hand überging. Dieselben traten bald häufiger und unregelmäßig auf, dauerten länger, befielen sämmtliche Finger, die durch Blässe und Volumsabnahme sich auszeichneten. Nach mehrwöchentlicher Beobachtung trat hinzu fast ununterbrochene Cyanose der Finger, namentlich der Endglieder; Kältegefühl in denselben, Abblätterung der Epidermis. Sensibilität nicht gestört, Hände frei; darauf schneller Rückgang zur Norm, so dass nur eine gewisse Volumsveränderung stationär blieb.

Als ätiologisches Moment stellt sich nur nervöser Einfluss, so dass eine Gefäßneurose, spastische Ischämie, wahrscheinlich wird.

Danach stellt sich dieser erste Fall unter die Kategorie der »symmetrischen Asphyxie«.

Der zweite Fall, betreffend einen 50jährigen Mann, ist der einer »symmetrischen Gangrän«. Pat., schlecht genährt und dekrepid, bekommt Schmerzen in einzelnen Zehen beider Füße. Livide Färbung aller Zehen gleichzeitig. Ohne Sensibilitätsstörung; nur Kältegefühl; Flecke an Unterschenkel und Kniescheibe; livide Ohrmuscheln. Andere Funktionsstörungen und Fieber fehlten. Haut und Nägel der Zehen hoben sich ab und ersetzten sich wieder. Ätiologie unbekannt.

Finkler (Bonn).

283. **Roques.** Chute spontanée des ongles chez un ataxique. Spontanes Abfallen der Nägel bei einem Tabetiker.

(L'union méd. 1882. No. 91.)

Ein Mann von 45 Jahren erkrankte vor einem Jahre an kontinuirlichen Schmerzen in der linken Seite und dem linken Arm. Später stellten sich Schmerzen in der Blase, Drang zum Uriniren, Dysurie und zuweilen Tenesmus im Augenblicke der Defäkation ein. Gegenwärtig klagt er über Schmerzen in der Herzgegend, die nach der Schulter und dem linken Arme ausstrahlen und hier hauptsächlich die vom Ulnaris versorgten Partien betreffen. An den unteren Extremitäten besteht Anästhesie der Plantarflächen der Füße; an den übrigen Partien ist die Anästhesie unregelmäßig, an der einen vollständig, an der anderen weniger ausgesprochen, links im Allgemeinen stärker als rechts. Die Sehnenreflexe sind links ganz verschwunden, rechts herabgesetzt. Das linke Auge ermüdet leichter, als das rechte; die linke Pupille ist dilatirt, die mit dem linken Auge gesehenen Gegenstände erscheinen wie im Nebel. Der Gang ist unsicher, aber nicht ausgesprochen ataktisch. Der Nagel der linken Zehe ist besonders an seiner Basis dunkelblau verfärbt und gelockert; an der rechten Zehe dieselben Erscheinungen aber nicht so ausgesprochen. Die Einwirkung von Traumen oder Kälte wird vom Kranken in Abrede gestellt.



R. glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle um eine beginnende Tabes handelt, obwohl die für diese Krankheit charakteristischen Symptome nur zum Theil vorhanden sind. Bezüglich der an den Nägeln beobachteten Erscheinungen acceptirt er die Ansicht von Joffroy, dass durch vasomotorische Störungen in dem reichen Gefäßnetz der Nagelmatrix, Rupturen von Kapillaren hervorgerufen werden, die zur Bildung von Ecchymosen und zur Abstoßung des Nagels führen. Doch hält er es nicht für unmöglich, dass Traumen eingewirkt haben, z. B. Druck zu enger Schuhe, die aber wegen der Anästhesie dem Kranken nicht zum Bewusstsein gekommen sind. **Brockhaus** (Godesberg).

284. **Hertel.** Ein Fall von Caries der Pars basilaris, des Hinterhauptbeines mit Thrombose der Vena jugularis interna et communis sinistra.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Pat., 49 Jahre alt, klagte über Hinfälligkeit, Kopf- und Brustschmerzen; eine eigenthümliche steife Haltung des Kopfes mit einer leichten Neigung nach links fiel auf. In dem Raum zwischen dem linken Processus mast., dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers und der linken Ohrmuschel zeigte sich auf Druck ein intensiv schmerzhafter Punkt, die Haut darüber war normal, eben so alle andern Organe, abgesehen von einer stets vermehrten Athemfrequenz. Nach einigen Tagen trat Fieber ein, die Kopfschmerzen 'und der Schmerz am Hinterkopf wurden sehr quälend, so dass der stöhnende Pat. jede Bewegung des Kopfes vermied. Kurz darauf stellten sich Schüttelfröste ein, öftere Hustenanfälle mit übelriechendem Auswurf und ging Pat. an Lungengangrän zu Grunde. Die Autopsie ergab cariöse Erkrankung der Pars basilaris und des linken Seitentheiles des Hinterhauptbeines — hierdurch bedingt Phlebitis, Periphlebitis und Thrombose der Vena jugularis interna et communis sin. — von hier ausgehend Embolien in die Lungen.

Prior (Bonn).

285. **Hertel.** Ein Fall von diffuser Perforationsperitonitis mit einer eigenthümlichen Komplikation.

(Beiträge zur praktischen Heilkunde.)
Kassel, **Th. Kay,** 1882.

Es handelt sich um eine ältere Frau mit den Erscheinungen einer diffusen Peritonitis. Als Merkwürdigkeit fand sich rechterseits an dem gewöhnlichen Sitz der Cruralhernien ein kaum walnussgroßer Tumor, bei Druck unter starkem hör- und fühlbaren Geräusch verschwindend. Indessen blieb bei Druck auf die Stelle, wo der Tumor bestanden, ein leises, ebenfalls fühl- und hörbares Geräusch, welches ähnlich wie Hautemphysem, nur großblasiger, anzufühlen war; für das Gehör glich es dem großblasigen, nicht klingendem Rasseln. Durch leichten Druck in der Reg. hypogast. dext. war die Geschwulst sofort wieder hervorzurufen, eben so durch leichtes Husten. Die Pat., moribund aufgenommen, starb nach 17 Stunden. Die Sektion zeigte in der kleinen Curvatur des Magens ein großes rundes Magengeschwür, welches trichterförmig vertieft, die Serosa durchbohrt und die Peritonitis verursacht hatte. Im Abdomen war eine ungewöhnlich große Menge Gas. Im rechten Schenkelkanal ergab sich eine Ausstülpung des Peritoneum, so dass eine Zeigefingerphalanx bequem darin Raum hatte: eine Darmschlinge lag nicht darin. Es handelte sich also um einen leeren Bruchsack, welcher sich bei der großen Spannung der Gase im Abdomen selbst mit Gas füllte. Die Anwesenheit von Gasen und Exsudat erklärt das Zustandekommen der Geräusche. **Prior** (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.





Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von

Dr. H. Rühle, Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 21. **Sonnabend, den 2. September.** **1882.**

286. **Widerhofer.** Über Syphilis der Kinder.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 29.)

Man unterscheidet bei der Syphilis hereditaria verschiedene Formen und zwar sind entweder schon am Tage der Geburt Exantheme am Körper des Kindes vorhanden, oder aber das Kind, schon vor der Geburt der Krankheit erlegen, kommt todt zur Welt, oder endlich bleibt der Keim im Kinde latent und kommt erst im zweiten, dritten Monat zur Entwicklung. Im Großen und Ganzen zeigen diejenigen Kinder, die mit Syph. hered. zur Welt kommen, das papulöse oder pustulöse Syphilid, die anderen Kinder das makulöse. In diagnostischer Beziehung hebt W. hervor, dass alle Luesformen, wenn auch vorwiegend die specielle Form zeigend, polymorph sind und dass man nur aus der Polymorphie eine strikte Diagnose stellen kann. Findet man z. B. neben einem Pustelsyphilid noch eine andere Form,



so ist die Diagnose gesichert. Von großer Wichtigkeit sind immer die Veränderungen der Nasenschleimhaut, der Laryngealschleimhaut, des weichen Gaumens und der Zunge; charakteristisch bei der Nasenschleimhaut ist die große Behinderung der Luftpassage, aber der Mangel eines Sekretes. Als Nachkrankheiten der Lues führt Verf. an: Rhachitis, oft mit Hydrocephalie, essentielle Lähmungen, Zellgewebsentzündungen, späterhin skrofulöse Erscheinungen. Die Prognose gestaltet sich nach W.'s Erfahrungen dahin, dass alle Fälle von Syphilis congenita sterben, die Fälle aber, wo die Lues am Tage der Geburt noch nicht sichtbar ist, quod vitam gut, quoad sanationem übel bestellt sind. Die Prognose wird dabei abhängig sein von den diätetischen Verhältnissen, so dass, wenn man die Kinder zur Brust bringen kann, die Prognose günstig wird. Zu der Frage, ob Syphilis hereditaria ansteckend sei oder nicht, äußert Verf. sich so, dass die Mütter ihre eignen Kinder säugen können und dabei, wie die allgemeine Erfahrung lehrt, gesund bleiben; man findet aber beim fünften und sechsten Kinde Erscheinungen an der Mutter, die verdächtig sind, z. B. Periostitiden. Gesunde Mütter tragen syphilitische Kinder nicht ungestraft. Hereditäre Syphilis muss nach W. wohl ansteckend sein, sie ist es aber nicht in dem Grade, wie eine acquirirte Lues. Was die Behandlung anbelangt, so wird Kalomel 1 cg pro die, in zwei Theile getheilt, mit etwas Eisen verabreicht; weiterhin Injektionen von Sublimatpepton und Sublimatbäder (1 g auf ein Bad); Einreibungen von Ung. ciner. nur bei älteren Kindern. Die Hauptsache ist aber, dass der Arzt diese Kinder immer überwache und namentlich im ersten Lebensjahr sie gar nicht außer Acht lasse.

Prior (Bonn).

---

287. v. **Kranz** (Frankfurt a/M.). Ein Beitrag zur Ätiologie der Lungenentzündung.

(Eulenberg's Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin etc. Bd. XXXVII. Hft. 1. p. 108—112.)

Köhnhorn hat im 35. Bande derselben Vierteljahrsschrift p. 81 ff. den Nachweis zu führen gesucht, dass die krupöse Lungenentzündung weder eine Erkältungskrankheit, noch eine lokale Entzündung, sondern eine Infektionskrankheit ist (s. das Referat in diesen Blättern, 2. Jahrg. p. 346). Er basirt dies auf ein während 8 Jahren in der Garnison Wesel gesammeltes Material von 300 Fällen. Verf. stand während der Zeit, über welche Köhnhorn berichtet, gleichfalls in Wesel in Garnison und hat sich veranlasst gesehen, über eine Episode jener Zeit detaillirtere Aufzeichnung zu machen. Ende März des Jahres 1875 nämlich hatte ein großer Zugang an Lungenentzündungen zur inneren Station des dortigen Lazaretts seinen Anfang; von da ab bis zum 25. Mai waren 31 Fälle eingebracht worden, und zwar 21 Fälle aus zwei Infanteriebataillonen, 10 Fälle aus drei anderen Bataillonen, drei Abtheilungen Artillerie und dem Land-



wehrstamm. Der Unterschied war so frappant, dass Verf. eingehende Forschungen bezüglich des Krankheitsursprungs anstellte. Er glaubt, sie in den auffallenden meteorologischen Verhältnissen des April und der verschiedenen Beschäftigungsart der einzelnen Truppentheile gefunden zu haben. Der April zeichnete sich nämlich durch eine fast absolute Regenlosigkeit aus: während das Jahresmittel der Regenmenge im Jahre 1874 pro Tag 8,05 Kubikzoll betrug, fielen im ganzen Monat April 1875 nur 16 Kubikzoll, also nur die Quantität von zwei Tagen. Ferner stieg die Bodentemperatur in 2 Fuß Tiefe vom 26. März, wo sie 0° betrug, bis auf $7^1/_2$° R. Eben so war die Temperatur der Luft im April eine sehr hohe. Mit dem Tage, an welchem der erste reichliche Regen von 20 Kubikzoll fiel, dem 7. Mai, war die Epidemie unter den Soldaten der Garnison wie abgeschnitten. Verf. führt nun aus, dass die organischen Bestandtheile der Atmosphäre, wozu die sehr feinen Sporen von Algen und Pilzen aller Art gehören, sich zahllos in der Luft befinden (er berechnet pr. pr. $37^1/_2$ Millionen Sporen etc. auf ein Luftquantum von 2500 Liter, welches in 8 Stunden von den Lungen eines Menschen eingeathmet wird) und in derselben verbleiben, bis ein Regenguss sie niedergeschlagen hat. Dazu kommt die hohe Bodentemperatur, welche die Keimung, Fäulnis und Zersetzung der organischen Substanzen in hohem Grade steigert. Das Einathmen dieser Stoffe bei mehrstündigem Exerciren auf sehr staubigem Boden hat nun nach Verf.s Ansicht bei den beiden bezeichneten Bataillonen die übergroße Zahl der Lungenentzündungsfälle erzeugt, während die viel geringer befallenen sieben anderen Truppentheile an weniger staubigen Orten ihre Übungen gemacht hatten.

Die Beobachtungen des Verf.s, zusammengehalten mit denen von Köhnhorn, bestätigen somit dessen Anschauungen von der Entstehung der Pneumonie und fügen noch ein ganz specielles ätiologisches Moment, das massenhafte Einathmen von Pilzsporen, hinzu.

Leo (Bonn).

---

288. **Epstein** (Prag). Diarrhoe bei Kindern.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 30.)

Die Diarrhoe, so sagt E., ist uns ein Symptom für verschiedene Erkrankungen; sie kann sowohl das Anzeichen eines Darmkatarrhs sein, als auch der Ausdruck eines Allgemeinleidens, z. B. die chronische Diarrhoe bei skrofulösen und rhachitischen Kindern. Die Diarrhoe zerfällt in verschiedene Formen und Grade. Sie tritt auf beim Darmkatarrh, der sich auf eine Dyspepsie, d. h. eine Ernährungsstörung, bedingt durch ungeeignete Nährmittel oder durch abnorme Beschaffenheit der Sekrete des Magens und Darms, zurückführen lässt; ferner unterscheiden wir einen akuten und chronischen Darmkatarrh, welch ersterer auch Cholera infantum heißt; endlich kommt bei Kindern die Enteritis follicularis, eine Dysenterie wie bei Erwachsenen vor. Die Dyspepsie macht sich vorerst durch Erbre-



chen bemerkbar: Das Kind erbricht häufig. Wohl ist davon das »habituelle Erbrechen« der Säuglinge zu unterscheiden. Bei der Dyspepsie erbricht das Kind zu verschiedenen Zeitpunkten nicht abhängig von dem Augenblick der Nahrungsaufnahme; die erbrochenen Massen sind nicht wie beim habituellen Erbrechen reine Milch, sondern käsige Klumpen; während ferner beim habituellen Speien das Kind leicht, schmerzlos erbricht, verzieht es bei der Dyspepsie weinend, schmerzlich das Gesicht; weiterhin ist der Stuhl abnorm, ist halbflüssig, grünlich verfärbt, weiße Massen von unverdauter Milch enthaltend (»gehackter Stuhl«), das Kind ist unruhig, kolikartige Schmerzen quälen.

Die Dyspepsie muss wegen der drohenden Folgeerscheinungen gleich behandelt werden; hierbei dient als Hauptangriffspunkt die Ernährung des Kindes, indem darauf zu achten ist, dass der Säugling nicht zu häufig und nicht unregelmäßig an die Brust gelegt werde, damit derselbe nicht überfüttert wird. Medikamentös wendet man an und zwar immer nach dem Trinken Natr. hydrocarb. (0,5 : 50,0) oder Aq. calcis oder Acid. mur. dilut. gutt. decem.: Aq. dest. 50,0; gegen die Kolikerscheinungen Umschläge von kaltem Wasser, Massage des Unterleibes, Ol. foenic. etc. Gegen den akuten Darmkatarrh oder Brechdurchfall der Säuglinge empfehlen sich einige Tage lang ganz indifferente Nahrungsmittel, z. B. Eiweißwasser, eine abgekochte Lösung von Eiweiß und Wasser, welche vorher filtrirt worden ist; medikamentös: Magnes. benzoic.; Alkohol, Aq. dest. (2 : 1 : 100), guten Wein oder Kognak, einige Tropfen desselben dem Medikamente zugesetzt. **Prior** (Bonn).

---

289. **Epstein.** Icterus neonatorum.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 29.)

Unter Icterus neonatorum verstehen wir eine Erkrankung, welche sich durch die Ansammlung eines Pigmentes der Galle in den Geweben des Körpers, in seinen Se- und Exkreten charakterisirt. E. verwirft den von verschiedenen Seiten aufgestellten physiologischen Icter. neonator., welcher aus dem Roth der Hautdecken der Neugeborenen hervorgehe, weil gerade die schwächlichen Kinder diese Gelbfärbung zeigen, während viele gesunde Kinder sie nicht zeigen; nur einen pathologischen Ikterus nimmt E. an. Weiterhin wird diese Gelbsucht eingetheilt je nach der Intensität in eine lokalisirte und eine allgemeine, je nach der Art des Ausganges in eine gutartige und eine maligne. Als Ursachen der Gelbsucht gelten: Verbildungen in den Gallenwegen, interstitielle Hepatitis. Bei älteren Kindern sind mitunter Fälle beobachtet worden, wo die Krankheit durch Einwanderung von Spulwürmern in die Gallengänge entstanden war. Endlich sind speciell unter Kindern Ikterusepidemien beobachtet worden, ohne dass eine wissenschaftliche Erklärung gefunden ist. Die Häufigkeit



des Ikterus beträgt nach E. 40%, andere geben sogar 80% an. Die Farbennuance schwankt von intensiv Strohgelb bis zum Orangeroth. Die Conjunctiva ist eben so häufig nicht gelb verfärbt und daher von minder diagnostischem Werth; überhaupt unterscheidet sich der Icterus neonat. wesentlich von dem der Erwachsenen: Der Puls ist nicht verlangsamt, keine Schmerzhaftigkeit, keine merkliche Schwellung der Leber tritt auf; keine Verdauungsbeschwerden, keine Verstopfung, keine Veränderung in der Farbe der Stühle lässt sich auffinden; eben so ist der Harn ungemein verschieden von dem Harne erwachsener Ikterischer: in ihm finden wir in den allermeisten Fällen kein Gallenpigment. Dagegen finden wir in dem Körpergewebe der ikterischen Kinder ein körniges Pigment, aus unregelmäßigen Schollen, aus rhombischen Prismen und Nadeln bestehend, besonders häufig und zahlreich in den Nieren, weniger in der Leber, im Blut, in der Herzbeutelflüssigkeit, im Harn. Bei der katarrhalischen Form ist dies bei Erwachsenen niemals beobachtet worden. Einmal fand E. bei einem Erwachsenen, der jedoch an Pyämie starb, Gallenpigment in den Nieren. Auch der Verlauf der Krankheit ist unterschieden: bei den Kindern hält sie einen gewissen Typus ein; die Erkrankung beginnt am 2. oder 3. Tage und endigt am 8.—10. Tage, selten bis in die 4. Lebenswoche reichend.

E. verwirft das Zurückführen des Ict. neonat. auf katarrhalische Basis ganz entschieden; ferner hegt er nicht die Ansicht derer, die einen hepatogenen Ursprung annehmen, noch die derer, welche einen hämatogenen befürworten, welch letztere sagen: »Während der Geburt treten unter der Haut Hämorrhagien auf und im Leben verwandeln sich diese Blutextravasate, und zwar das Hämoglobin derselben in Bilirubin.« Wir sagen daher nur, dass bei neugeborenen Kindern gewisse Bedingungen vorhanden sind, vermöge deren in den ersten Lebenstagen eine Veränderung im Blute vor sich geht. Erwiesen ist nach E., dass das Blut in den ersten Tagen sehr reich an Hämoglobin ist, die Zahl der Blutkörperchen sich stark vermindert, das Blut der Neugeborenen specifisch schwerer ist, als in späterer Zeit, welcher Umstand auf das Zugrundegehen von Blutkörperchen hindeutet. Es ist wahrscheinlich, dass verschiedene Erkrankungen die reichliche Bildung des Pigmentes zur Folge haben, z. B. wenn die Kinder schlecht genährt sind, sich in verdorbener Luft befinden, inficirt werden. Unter solchen Verhältnissen können wir ikterische Kinder niemals als gesund betrachten und gerade hier finden wir häufig ikterisch werden, zumal wenn die Kinder schlecht saugen und Hunger leiden. Die Therapie bedarf nach E. nicht der Laxantien.

Prior (Bonn).



290. **Krohn** (Berlin). Versuche über die Verwendbarkeit einiger Kindernahrungsmittel. (Aus der Poliklinik des Herrn Dr. A. Baginski.)

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Hft. 9 u. 10.)

Opel's Nährzwieback: Derselbe wurde bei einer größeren Anzahl von Kindern angewandt; 4 Fälle werden ausführlicher mitgetheilt. Sie betrafen Kinder von 10, 3, 10½ und 11 Monaten. Dieselben bekamen das Gebäck während 1 Monat, 9 Wochen, 6 Monaten und 3½ Wochen und nahmen in dieser Zeit um 550, 450, 810 und 700 g zu. Die Zahl der Zwiebäcke betrug bei den drei älteren Kindern 3, bei dem 3monatlichen 2 pro die. Wie viel Milch nebenbei gereicht wurde, ist nicht angegeben. Drei der Kinder waren rhachitisch, zwei litten an skrofulöser Otitis media. Überall wurde der Zwieback gern genommen, niemals traten dyspeptische Erkrankungen unter seinem Gebrauche auf, im Gegentheil hörten wiederholt Diarrhoe und Erbrechen auf. Die Rhachitis verschlimmerte sich in keinem Falle.

Das Endurtheil des Verf. lautet:

1) Opel's Nährzwieback ist für Kinder von ¼—½ Jahr als Nahrungsmittel (zur Kuhmilch hinzugesetzt) brauchbar.

2) Derselbe kann auch ohne Nachtheil rhachitischen Kindern verabfolgt werden; daher ist er bei Rhachitis sogar ein empfehlenswerthes Nahrungsmittel.

3) Dessgleichen ist er für Kinder, welche zur Dyspepsie, Gastro- oder Enterokatarrhen neigen, ein empfehlenswerthes, zeitweiliges Ersatzmittel für die Kuhmilch und andere Nahrungsmittel.

Asch (Straßburg).

---

291. **Dieulafoy.** Études sur quelques troubles de la maladie de Bright. Untersuchungen über einige Störungen in der Bright'schen Krankheit.

(L'union méd. 1882. No. 106.)

D. bespricht zunächst ein von ihm bei Morbus Brightii öfters beobachtetes Symptom, die Pollakiurie. Er bezeichnet mit diesem Namen, zum Unterschied von Polyurie, den häufigen Drang zum Uriniren, der von der Menge des secernirten Harnes unabhängig ist und sowohl bei vermehrter als bei verminderter Urinmenge vorkommt. D. unterscheidet drei Formen dieser Erscheinung: Die frühzeitige, die spät eintretende und die schmerzhafte Pollakiurie. Erstere ist zuweilen anscheinend das einzige Symptom einer beginnenden Brightschen Krankheit, oft ist sie begleitet von Nasenbluten, Kopfschmerz, Albuminurie, Anfällen von Oppression, Polyurie, schmerzhaften Krämpfen, Herzklopfen, Ödemen, Störungen des Gesichts- und Gehörssinnes etc. In anderen Fällen erscheint die Pollakiurie im weiteren Verlauf eines Morbus Brightii (2. Form). Die 3. Form, die schmerz-



hafte Pollakiurie hat D. besonders bei Frauen beobachtet. Die jedes Mal entleerte Harnmenge ist bei dieser Form sehr gering; nach beendigter Entleerung entstehen Schmerzen, die nach D. auf Tenesmus des Blasenhalses oder Krampf des Sphinkter bezogen werden müssen. Für alle 3 Formen der Pollakiurie führt D. eigene Beobachtungen an. Er glaubt, als Ursache derselben eine übermäßige Erregbarkeit der Blasenmuskulatur ansehen zu müssen; während die Polyurie eine Störung der Sekretion darstellt und die Nieren angeht, ist die Pollakiurie eine Störung der Exkretion. Die schmerzhafte Form entsteht, wenn die Muskulatur des Blasenhalses und der Sphinkter afficirt ist, die beiden anderen Formen, wenn sich die abnorme Erregbarkeit auf die Muskulatur des Blasenkörpers beschränkt. Wie dieses Symptom entsteht, ob durch Reflex oder durch die Einwirkung des in seiner Zusammensetzung veränderten Urins auf die Blasenschleimhaut, wagt D. nicht zu entscheiden. Dagegen hält er es für ein sehr beachtenswerthes Symptom, das immer den Verdacht auf Morbus Brightii erwecken muss, wenn es sich nicht durch andere Ursachen (Cystitis, Steinbildung, Hypertrophie der Prostata etc.) erklären lässt.

Als zweites seltenes Symptom bei Bright'scher Krankheit beschreibt D. das ebenfalls besonders bei Frauen beobachtete Hautjucken, welches er in 3 Formen auftreten sah: 1) als eine, dem gewöhnlichen Pruritus ähnliche Form, aber ohne jede Eruption auf der Haut und an keine bestimmte Hautpartie gebunden, 2) als ein Gefühl, wie wenn Haare auf der Haut lägen, besonders an Brust und Nacken, 3) als ein Gefühl von Kitzel, wie es durch Insekten, Ameisen etc. hervorgebracht wird. Dieses Symptom kann in jeder Phase des Morbus Brightii auftreten und glaubt D. nicht, dass der durch die Haut ausgeschiedene Harnstoff dabei in kausaler Beziehung eine Rolle spielt.

Ein drittes, bisher nur von D. beobachtetes, resp. von ihm in Beziehung zum Morbus Brightii gebrachtes Symptom ist das Gefühl des abgestorbenen Fingers. »Die Kranken klagen über Ameisenkriechen, Schmerzen, Krämpfe in den Fingern; zuweilen wird die Spitze der Finger blutleer, bleich, gefühllos. Dieser Zustand dauert einige Minuten bis zu einer halben Stunde und kommt anfallsweise wieder. Man beobachtet dieses Symptom selten an den Zehen; oft ist der eine, oft der andere Finger ergriffen, selten alle einer Hand; zuweilen besteht Symmetrie.« Auch dies Symptom ist an keine Epoche des Morbus Brightii gebunden, nicht selten kommt es im Anfangsstadium vor.

Da, wenn nicht Scharlach oder akute Nephritis vorhergegangen sind, Morbus Brightii sich oft ohne auffallende Erscheinungen sehr langsam entwickelt und die charakteristischen Symptome (Ödeme und Albuminurie) nicht selten erst spät eintreten, so glaubt D., dass seine Beobachtungen für eine frühzeitige Diagnose der in Rede stehenden Krankheit von Werth sind. **Brockhaus** (Godesberg).



292. Platz. Du traitement de la névralgie sciatique. Über die Behandlung der Ischias.

(Journ. de thérapeutique 1882. No. 11.)

P. hat in hartnäckigen Fällen von Ischias von der kombinirten Anwendung des konstanten Stromes und der schottischen Dusche (abwechselnd kalte und warme Dusche, letztere bis zu 55—60° C.) gute Erfolge gesehen, und es ist nach ihm dabei von der größten Wichtigkeit, dass die Dusche direkt nach der elektrischen Sitzung applicirt wird. Er glaubt, dass die Dusche allein in den Fällen von (rheumatischer) Ischias erfolgreich ist, wo es sich um Hyperämie und ödematöse Schwellung des Neurilemms mit Kompression des Nerven handelt; vielfach fehlen aber diese, die neuralgischen Schmerzen erklärenden Momente und es bleibt nur übrig, als Grund derselben eine Überreizung der sensibeln Nerven anzunehmen, die vielleicht ihrerseits auf abnorme Erregbarkeit, auf Veränderungen in der molekularen Anordnung oder auf Verschiedenheiten der Dichtigkeit und Spannung im elektrotonischen Zustand des Nerven zurückzuführen sind. Solche Fälle eignen sich für die elektrische Behandlung allein, wie für die Kombination dieser mit der hydrotherapeutischen. Nach P. kann man mit ab- oder aufsteigendem Strome Heilung erzielen, doch hat ihm ersterer die besten Resultate gegeben. Ferner hat er gefunden, dass Neuralgien viel leichter einem sehr dichten Strom von schwacher Spannung als einem Strom von großer Intensität weichen; gewöhnlich genügen 18—24 Elemente vollständig. Die Dichtigkeit des Stromes hängt ab von der Größe der Elektroden; sie ist an beiden Polen gleich, wenn letztere gleich groß sind. Sind sie von verschiedener Größe, so ist die Dichtigkeit am stärksten unter der kleinen Elektrode. »Will man den Ischiadicus vom Rückenmark bis zur Kniekehle elektrisiren, und einen möglichst dichten Strom auf den Nerven, speciell auf die schmerzhaften Punkte, einwirken lassen, so muss man auf den Plexus sacralis eine breite und auf den Nerv in seinem Verlauf eine viel kleinere Elektrode aufsetzen; will man einen Strom durch den Nerven in seiner ganzen Länge, vom Plexus bis zur Achillessehne gehen lassen, so sind zwei breite Elektroden von gleicher Größe anzuwenden, da dies das einzige Mittel ist, den Strom gehörig in die Tiefe dringen zu lassen.«

Zum Schluss erörtert P. die verschiedenen Theorien zur Erklärung der Wirksamkeit des elektrischen Stromes auf die Neuralgien, worüber das Nähere im Original nachzusehen ist. Obwohl er die Methode von Brenner (Anode auf den schmerzhaften Punkt, Katode an eine indifferente Stelle, besonders das Sternum) für sehr gut und wirkungsvoll hält, sind doch die mit der von ihm geübten Methode erzielten Resultate so vorzügliche, dass er keinen Grund gehabt hat, von derselben abzuweichen. **Brockhaus** (Godesberg).



293. **H. Schulz.** Das Eukalyptusöl, pharmakologisch und klinisch dargestellt.

Bonn, **M. Cohen & Sohn,** 1881.

I. Unter den Eigenschaften des Eukalyptusöls sind es besonders die saure Reaktion und der intensive Geruch, die Sch. zu einer besonderen Behandlung des Präparates veranlassten. Die saure Reaktion wurde verändert durch Schütteln des Öls mit Sodalösung, und bei dieser Manipulation war auch schon der Geruch weniger unangenehm, das Stechende desselben abgeschwächt worden. Das Öl wurde aber erst dieser scharfstoffigen Eigenschaft ganz verlustig, nachdem es zwei Monate lang dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt war und dabei durch häufiges Schütteln reichlich mit dem Sauerstoff der Luft in Berührung gebracht war. Der Geruch wurde dadurch angenehm und der Geschmack so, wie ihn andere ätherische Öle besitzen. Dieses verbesserte Öl wurde zu allen Arbeiten benutzt.

II. Enthält das Öl von Eucalyptus globulus Cymol?

Zuerst wurde von Cloëz aus dem rohen Öl der Eukalyptusblätter durch Destillation das Eukalyptol gewonnen, ein Körper von der Zusammensetzung $C_{12}H_{20}O$.

Dagegen behaupteten Faust und Homeyer, dass das von Cloëz als einfacher Körper angesprochene Eukalyptol das Gemenge eines Terpens mit Cymol sei, und zwar betrage der Cymolgehalt desselben 30 Procent. Nach ihnen würde das Eukalyptusöl bestehen 1. aus einem Terpen (Siedepunkt bei 150—151° C.) mit Jod Cymol bildend und nur in geringer Menge im Öl enthalten; 2) aus einem bei 172—175° C. siedenden Terpen; 3) aus Cymol und 4) aus einem sauerstoffhaltigen Körper, der zum Cymol in naher Beziehung steht (kampherähnliche Substanz).

Da nun Cymol (Ziegler) im Organismus Erscheinungen eines Giftes macht, so ist die Frage nach der Anwesenheit des Cymols von principieller Wichtigkeit; und da bei der Lage der Siedepunkte in gleicher Höhe für Cymol und Eukalyptol die Trennung beider Körper durch Destillation unmöglich wird, so schlug Sch. den Weg ein, durch Versuch die Gegenwart des Cymols festzustellen. Cymol wird im Thierkörper zu Cuminsäure und deren Gegenwart ist im Harne nachweisbar.

Demgemäß untersuchte Sch. zuerst nochmals das Verhalten reinen Cymols im Organismus, zweitens die Frage, ob Terpen für sich im Organismus Cuminsäure bildet, drittens die Einfuhr einer Mischung von Cymol mit Terpen, und endlich des Eukalyptusöls selber. Die Versuche sind sowohl an Hunden, die mit Eukalyptusöl am Menschen angestellt.

Nach Fütterung von Cymol erschien Cuminsäure. Auffallend war dabei der Umstand, dass Verf. wiederholt nur Spuren von Cuminsäure erhielt.

Für das Terpen bleibt es nach Sch.'s Versuchen in Überein-



stimmung mit Nencki »mindestens zweifelhaft, ob das Terpen bei seinem Durchgang durch den Organismus Cuminsäure bildet, wenn man nicht diese Frage völlig verneinen will«.

Bei gleichzeitiger Anwesenheit von Cymol und Terpen geht auch die Cuminsäurebildung in nachweisbarem Maße vor sich.

Verf. hat selbst Eukalyptusöl in großen Dosen (bis 18,0) eingenommen, ohne mit Bestimmtheit die Frage nach der Umwandlung desselben im Körper lösen zu können:

»Die aus dem Harne isolirten Verbindungen gleichen noch am meisten denjenigen, die bei Terpenversuchen gewonnen wurden, was sie aber eigentlich waren, das zu entscheiden reichte ihre Menge bei Weitem nicht aus.«

III. Das Verhalten des Eukalyptusöls gegenüber den Vorgängen der Gährung und der Fäulnis.

Sch. theilt zunächst mit, in welcher Weise Siegen seine Versuche über die fäulniswidrige Wirkung des (Eukalyptols) angestellt, und Vergleiche mit derselben Wirkung des Chininum chinicum angestellt hat. Eine Wiederholung dieser Versuche lieferte ein ähnliches Resultat, nämlich: dass die mit Eukalyptol versetzten Emulsionen die Fäulnis weit mehr verhindern, als die anderen. Die gleichen Resultate ergaben Versuche über die Fäulnis von Muskelfasern, Blut. Lösungen von Tannin oder Weinsäure. Kontrollversuche, die Sch. mit 0,01%igem Eukalyptol und 0,01%iger Karbolsäurelösung anstellte, ergaben ebenfalls die stärkere fäulniswidrige Energie auf Seiten der Eukalyptollösung.

Verf. hebt aber besonders hervor, dass zu diesen Versuchen das mit Sauerstoff beladene Öl benutzt werden muss, das frisch aus den Blättern destillirte Präparat liefert die Erscheinungen nicht.

Anlangend die »gährungswidrige« Kraft fanden Siegen und Mees, dass Eukalyptol und Eukalyptusöl als solches die alkoholische Gährung bedeutend stärker herabsetzt, als Chininum muriaticum. Es erhellt aus alledem, dass die antiseptische und antizygmotische Eigenschaft des Eukalyptols die des Phenols übertrifft, zumal wie Verf. besonders hervorhebt, die Wirkung des Phenols durch seine Löslichkeit in Wasser außerordentlich gefördert wird.

IV. Der Einfluss des Eukalyptusöls auf die geformten Elemente des Blutes.

Die rothen Blutkörperchen werden durch Eukalyptusöl in ihrer Durchsichtigkeit und Gestalt verändert und schließlich aufgelöst. Säugethierblut mit Eukalyptusöl geschüttelt wird dunkel und gesteht zu einem Coagulum.

Das Leben der weißen Blutkörperchen wird durch Eukalyptusöl wesentlich geschädigt, ihre Beweglichkeit und ihre Fähigkeit, die Gefäßwände zu durchdringen hört auf, es ergiebt sich daraus, dass das Präparat in beträchtlichem Maße die Eiterbildung hintanhält.



V. Verhalten der Milz unter der Eukalyptuswirkung.

Aus den Beobachtungen Mosler's ergiebt sich, dass das Öl in ähnlicher Weise wie Chinin auf die Milz wirkt. Er konnte wiederholt die Verkleinerung des Organes unter Anwendung des Öls konstatiren. Veränderungen der Milz in Konsistenz und Verhalten der Oberfläche (Granulirung etc.) sah Mosler nur in gleicher Weise durch Einwirkung der Elektricität oder des Chinins eintreten. Auch von Schlaeger sind diese Versuche bestätigt worden und es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass auch die glatte Muskulatur der Einwirkung des Eukalyptusöls unterliegt.

Es beziehen sich diese Beobachtungen sowohl auf die Einbringung des Öls in die Blutbahn, wie die Verabreichung desselben per os.

VI. Herz, Blutdruck und Respiration unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Nach den bereits vorliegenden Versuchen von Schlaeger, Gimbert, Siegen erfährt Herzthätigkeit und Blutdruck durch das ätherische Öl eine Herabsetzung; sowohl beim Warm- wie Kaltblüter. Schulz bestätigt diese Resultate und findet, dass Hand in Hand mit der abnehmenden Aktion des Herzens auch die Verlangsamung der Athemfrequenz geht. Das Dunkeln des Blutes würde sich erklären daraus, dass durch beide genannte Momente das arterielle Blut sich mehr dem venösen Zustande nähert. Es entspricht dieser Symptomenkomplex der depressorischen Wirkung des Öls auf die Centren.

VII. Die Wirkung des Eukalyptusöls auf das Nervensystem.

»Die allgemeine Wirkung des Eukalyptusöls auf das Nervensystem ist als eine Depression anzusprechen;« ganz analog der des Terpentin. Die Depression bezieht sich eben so wohl auf Rückenmark wie Gehirn (Apathie). Sch. hat bei seinen Versuchen an Thieren nie etwas von krampfmachender Wirkung gesehen; hat auch wie Grisar die Brucinwirkung durch Eukalyptusöl paralysirt. Einstweilen ist daraus nicht zu schließen, dass das Öl für Fälle von excessiver Erregung der reflektorischen Centren therapeutisch Werth habe.

VIII. Das Verhalten niederer Thiere unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Verf. giebt eine Übersicht der Erfahrungen und Berichte, welche vorliegen über das Benehmen niederer Thiere, Insekten wie Eingeweidewürmer etc. gegen dies ätherische Öl. Seine eigenen Versuche erstrecken sich auf Paramecien, Würmer (Trichinen und Hirudo), von den Arthropoden: Astacus fluviatilis, Epeira, Perla, Blatta, Bombus, Musca, von den Weichthieren: Limax, von Fischen: Leuciscus. Bei den Avertebraten sind durchgehends zwei Stadien zu beobachten, das der Erregung und das der Lähmung. Möglicherweise ist bei den Arthropoden die Erregung erklärlich aus dem sensiblen Reiz, welchen die Öldämpfe in den Tracheen oder auf die Gewebe ausüben. Bei den Fischversuchen tritt eine sehr hochgradige Dyspnoe zur Erschei-



nung, welche wohl darauf beruht, dass die im Wasser suspendirten Theile des Öls den absorbirten Sauerstoff für sich in Anspruch nehmen.

Für die Amphibien konnte Sch. die Erfahrungen Gimbert's bestätigen, dass unter zunehmender Verlangsamung der Respiration und der Herzthätigkeit und unter den Symptomen allgemeiner Lähmung der Tod eintritt.

IX. Innere und äußere Allgemeinwirkung des Eukalyptusöls beim gesunden Menschen.

Verf. erwähnt die Versuche von Gimbert und von Seitz und beschreibt die an sich selber angestellten. Zuerst nahm er selbst vier Wochen lang täglich 20 Tropfen des angesäuerten Öls mit etwas Milch. Er stieg allmählich zur Dosis von 3,0, ja sogar 10,0. Niemals wurde dabei die geringste Alteration der Darmthätigkeit beobachtet. Die nach großen Dosen beobachtete Apathie hat nicht den Charakter des Unangenehmen.

Daran schlossen sich Versuche über die äußere Applikation. Dieselben ergaben zunächst einen sehr gewaltigen Unterschied für das unverarbeitete Öl und solches, welches nach der Sch.'schen Methode verändert war. Durch diese verliert das Präparat seine reizenden Eigenschaften.

X. Die Ausscheidung des Öls aus dem Körper. Verhalten von Darm und Nieren.

Lunge und Darmkanal sind als die bevorzugten Wege der Exkretion des Eukalyptusöls anzusprechen. Die Ausscheidung erfolgt langsam. Ausscheidung durch die Haut hat Sch. nicht durch den Geruch bestätigen können. Etwa auftretendes Erbrechen oder Unbequemlichkeit im Magen ist nicht dem Präparate selber zur Last zu legen. Im Gegensatz zum Terpentin wird es außerordentlich gut vertragen.

Dem Harn theilt das Öl ähnlich wie Terpentin Veilchengeruch mit. Aber es kann sich hierbei nur um die Überführung sehr kleiner Mengen der betreffenden Substanzen in den Harn handeln. Von besonderer Wichtigkeit ist der Umstand, dass die Nierensubstanz selbst nicht afficirt wird.

XI. Die Körpertemperatur unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Weit mehr als Chinin vermag das Eukalyptol die normale Temperatur herabzudrücken. Eine Steigerung der Temperatur hat Sch. niemals beobachtet; durch Anwendung von 1,0 gelang es bei einem Kaninchen die Temperatur dauernd niedriger zu halten.

(Fortsetzung folgt.)



Kasuistik.

294. M. Zeissl. Unterbindung der linken Carotis communis, gefolgt von rechtsseitiger Parese und Aphasie, Heilung.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1882. No. 30.)

Wegen Phosphornekrose wurde die Resektion der linken Unterkieferhälfte ausgeführt bei einem älteren, kachektischen Manne; wegen öfterer Blutung wurde die Unterbindung der Carot. commun. sin. nöthig. Sofort stellten sich kurzdauernde Zuckungen aller Extremitäten ein, auf welche eine tiefe Ohnmacht folgte. Am nächsten Morgen traten wiederum klonische Krämpfe ein, stärker links wie rechts; die Zunge konnte nicht vorgestreckt werden. Nachmittags war die rechte obere und untere Extremität paretisch, der Kranke konnte gar nicht mehr schlucken, der Harn nicht spontan entleert werden. Das Gebiet des Facialis und die rechte Velumhälfte waren deutlich gelähmt. Die Sprache war sehr schlecht, die ganze rechte Körperhälfte hochgradig hyperästhetisch. Am folgenden Tage vermochte Pat. gar nicht zu reden, selbst vorgesprochene Worte konnte er nicht nachsagen. An diesem und den nächsten Tagen traten epileptiforme Anfälle auf. Die Sprache war fast immer unverständlich, die rechte Pupille seit dem ersten Anfall wesentlich weiter wie die linke, die Lähmungserscheinungen der rechten Körperhälfte bald schwächer, bald stärker ausgeprägt. Am 7. Tage nach der Unterbindung ist die Sprache wieder ganz normal, die Parese vollständig geschwunden.

Prior (Bonn).

295. Cerf (Alzey). Ein Fall von cirkumskripter linksseitiger Konvexitätsmeningitis. Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität und akute Miliartuberkulose der Lunge bei einem Kind.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

Mädchen von 2 Jahr 8 Monaten hat vor 7 Monaten einen schweren 3monatlichen Keuchhusten durchgemacht, und kränkelt seit jener Zeit fortwährend, ist auch schnell abgemagert. Die Untersuchung am 27. Februar 1882 ergab: Graciles, abgemagertes Kind. Stimmung sehr gereizt. Links oben vom Perkussionsschall etwas abgeschwächt. Vergrößerung der Leber und Milz. Das Kind soll öfter irrreden. Temperatur 38,3 in ano. Puls 130.

Am 1. März heftiger Kopfschmerz. Am 4. März Temperatur 39,5. Über den Lungen überall kleinblasige Rasselgeräusche. Am 5. März Stat. idem. Temperatur 39,7. Puls 140. Am 6. März Temperatur 39,5. Abends kann die Pat. nicht mehr gehen und hat die Sprache verloren, so dass sie nur noch Mam-Mam sagen kann.

7. März Temperatur 39,5, rechtsseitige Hemiplegie, Arm und Bein liegen ruhig gestreckt da, während das linke Bein gebeugt ist. Links keine Lähmung, doch sollen hier Konvulsionen bestanden haben. Rechts an Arm und Bein Sensibilität, sowohl Tast- als Schmerzgefühle vernichtet, Reflexe bedeutend abgeschwächt. Facialis intakt. Zähneknirschen. Am 9. März Tod.

Sektion ergiebt Miliartuberkulose beider Lungen, Bronchialdrüsenverkäsung, Bronchopneumonie, Kaverne im linken Oberlappen, Tuberkulose der Milz und linken Niere, Amyloidleber.

Pia mater über dem vorderen Theile des linken Scheitelhirns in Form eines halbkreisförmigen Fleckes, von vorn nach hinten 4 cm, vom medialen Rand der Hemisphäre lateralwärts von ca. 3 cm milchig getrübt, verdickt; im Verästelungsbezirk einer Vene eine Anzahl miliarer Tuberkeln; um die Vene und deren Scheide ein gelber eitriger Saum. Mediale Fläche gegen den Gyr. fornicatus zu frei. In der rechten Hemisphäre unter der Pia des Scheitellappens ein erbsengroßer käsiger Knoten. Hirnbasis frei: Hirnödem.

Dieser seltene Fall einer einseitigen cirkumskripten tuberkulösen Meningitis der Konvexität ist noch von besonderem Interesse für die Lokalisation der Rindenfunktionen. Es wurden hier Motilität, Tast- und Schmerzempfindung, so wie die



Reflexe in den gegenüber liegenden Extremitäten vernichtet durch einen cirkumskripten entzündlichen Herd der Pia und Rinde des linken Scheitellappens oder genauer durch Läsion der oberen kleineren Hälfte des Gyr. centr. ant. und post., des hintersten Endes des Gyr. frontal. sup. und des Anfangs des Gyr. temp. sup. Also war nach Exner ein großer Theil des absoluten Rindenfeldes für die rechtsseitigen Extremitäten betroffen; das absolute Rindenfeld des Facialis war intakt. Die gleichzeitige Sensibilitätslähmung bestätigt die Annahme Exner's, dass die taktilen Rindenfelder der verschiedenen Körperabtheilungen im Allgemeinen mit den motorischen Rindenfeldern zusammenfallen. **Asch** (Straßburg).

296. **Bleicher.** Ein Vergiftungsfall in Folge Genusses der unreifen Samenfrüchte von Datura Stramonium.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 32.)

Ein Knabe von 4 Jahren erkrankte plötzlich unter heftigen Konvulsionen.

Bei der ersten Untersuchung fand sich fahle Gesichtsfarbe, Augen weit geöffnet, wild rollend, Pupillen ad maximum erweitert, Zunge trocken, Respiration mühsam und unregelmäßig, Puls frequent klein, Temperatur 38,4. Mimische Zuckungen und ununterbrochene schleudernde Bewegungen der Extremitäten und des Rumpfes. Ferner Delirien von bestimmtem Charakter, Rufe nach Pferden, Nachahmung des Pferdewieherns etc.; auf Befragen geben die Kameraden des Pat. an, dass sie »Pferde« gespielt und dem Pat. als »Hafer« kleine Früchte gegeben hätten. Bald nach deren Genuss traten die ersten Erscheinungen auf: heftiges Aufschreien, Konvulsionen.

Nach einer Morphiuminjektion und reichlichem Milchgenuss erbrach Pat. einige Körnchen, die mit den noch in der Tasche des Kleinen befindlichen Früchten übereinstimmten und als die unreifen Samenfrüchte von Datura Stramonium erkannt wurden.

Am andern Morgen war Pat. sehr blass, apathisch, Pupillen noch dilatirt, Respiration ruhiger, Puls kräftiger, langsamer, Temperatur 37,8. Ordination: Jodkalilösung. Am nächstfolgenden Tage war Pat. wieder ganz munter, konnte als geheilt betrachtet werden. **Seifert** (Würzburg).

297. **Mayer.** Zwei Fälle von Rheumatismus acutus im Kindesalter mit einer eigenthümlichen Komplikation. (Aus der Klinik des Herrn Geh.-Rath Henoch.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 31.)

Hirschsprung hat im vorigen Jahre auf eine eigenthümliche Lokalisation des Gelenkrheumatismus in den Sehnenscheiden in Form von kleinen Tumoren aufmerksam gemacht; zwei Fälle derselben Art theilt jetzt Verf. mit. In beiden wurden an den Gelenken, namentlich an den Stellen von Sehneninsertionen, die kleinen Tumoren beobachtet, zuerst als unbedeutende schmerzlose mehr diffuse Verdickungen, welche sich später in cirkumskripte, halberbsengroße, ziemlich resistente Knötchen umwandelten. In dem ersten Falle traten dieselben zuerst an beiden Kniegelenken am Ansatz des Quadriceps und an den Handgelenken oberhalb des Proc. styloid. ulnae auf, dann auch an beiden äußeren Malleolen, dem rechten Ellbogen oberhalb des Olecranon, in der Gegend der Spin. ilei sup. post. beiderseits und endlich am rechten Schulterblatt. Bei der Sektion (Endokarditis) stellten sich die erwähnten Knötchen als ovale Tumoren von ziemlich derber Konsistenz dar. Sie saßen, umgeben von ödematösem Fettgewebe, an den Aponeurosen der Sehnen und erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung in ihrem Hauptbestandtheile als fibröse Gebilde mit faserknorpligen Beimengungen. Bald prävalirte das eine, bald das andere Gewebe. Das Knötchen an der Scapula zeigte sogar eingesprengte Kalkeinlagerungen. Jedenfalls stellen diese verschiedenen Strukturverhältnisse nur Metamorphosen des ursprünglich fibrösen Baues dar.

Im zweiten Falle, bei dem sich ähnliche Tumoren an beiden Ellbogen, ferner an beiden Handgelenken und endlich am rechten Sternoclaviculargelenk, an der Über-



gangsstelle der Aponeurose des Sternocleidomast. auf das Manubrium fanden, wurden dieselben allmählich kleiner und verschwanden endlich vollständig.

Nach den bis jetzt spärlichen Fällen dieser Art scheinen die Tumorenbildungen eine prognostisch üble Bedeutung zu haben. Die Fälle zeichnen sich alle durch regellosen protrahirten Verlauf mit unvollständiger Heilung aus.

Asch (Straßburg).

298) **Stephanides** (Karlsbad). Ein seltener Fall von Pneumothorax.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 33.)

Ein 28jähriger Mann litt seit seinem 17. Lebensjahre an Magenbeschwerden, die ihn schon in verschiedene ärztliche Behandlung geführt hatten. Schließlich kam er mit der Diagnose: Ulcus ventriculi nach Karlsbad. Dort befand er sich 3 Wochen lang ziemlich wohl, als er bei einem Spaziergang plötzlich sehr heftige Schmerzen auf der Brust und Athemnoth bekam, so dass er rasch nach Hause fahren nnd sich zu Bett legen musste. Bald danach nahm die Athemnoth zu und es stellte sich hochgradige Cyanose ein. Die Untersuchung der Brustorgane ergab einen rechtsseitigen Pneumothorax. Es war wohl zu einer Verlöthung des Geschwürsgrundes im Magen mit dem hinteren unteren Theil des Zwerchfells gekommen und dort die Perforation erfolgt.

Pat. wurde in eine sitzende Stellung gebracht, ihm zuerst alle Nahrung entzogen, damit nicht von Neuem Luft und Speisetheile in die Pleurahöhle gelangen möchten, später reine Milchdiät.

Die genaue weitere Beobachtung zeigte, dass ohne eine Spur von exsudativer Pleuritis der Pneumothorax allmählich zur Heilung kam, wohl durch Resorption der Gase. Die Lunge dehnte sich wieder aus und die Leber rückte in ihre normale Stellung ein.

Interessant ist hier, dass der Pneumothorax auf der rechten Seite entstanden war, während in den Fällen von Burlow und Sturges linksseitiger Pneumothorax beobachtet wurde. **Seifert** (Würzburg).

299) **Joffroy.** Chute spontanée de l'ongle des gros orteils chez un malade non ataxique. Spontanes Abfallen des Nagels der großen Zehen bei einem nicht tabetischen Kranken.

(L'union méd. 1882. No. 106.)

Ein 44jähriger Mann wird nach einer heftigen Gemüthsbewegung von Bewusstlosigkeit und 2—3 Stunden dauernden allgemeinen Konvulsionen befallen, welch letzteren 10 Stunden dauernde Delirien folgten. In der Folgezeit entstanden Schmerzen im linken Fuße, die das Gehen beschwerlich machten; später entwickelte sich Steifigkeit des linken Beines und der Fuß nahm Equinusstellung an. Auch traten von Zeit zu Zeit Anfälle auf, welche den oben beschriebenen mehr oder weniger ähnlich waren. Als J. nach 2 Jahren den Kranken untersuchte, fand er Kontraktion der Muskeln der linken unteren Extremität und den linken Fuß in ausgesprochener, beim Gehen noch stärker hervortretender Equinusstellung. Patellarreflex beiderseitig vermehrt; bei Versuchen; den linken Fuß in die richtige Lage zurückzubringen, entsteht epileptoides Zittern, das sich rasch auf die andere Seite ausbreitet. Sensibilität am linken Beine vermehrt, eben so auf der linken Seite des Abdomens. Verlust des Geruchs, erhebliche Verminderung des Geschmacks und der Pharyngealreflexe linkerseits. Stimme und Deglutition normal, eben so Gesichtssinn und Intelligenz. Übermäßige Erregbarkeit. Im Verlauf der letzten 15—18 Monate hatte sich der Nagel der großen Zehen 3mal spontan abgelöst und hatte sich eben so oft wieder regenerirt. Im Moment der Untersuchung fand sich der Nagel wieder in der Neubildung begriffen. Nach J. handelt es sich im vorliegenden Falle vielleicht um eine Sclerose en plaques, jedenfalls aber nicht um Tabes und ist also der spontane Abfall des Nagels der großen Zehen für letztere Erkrankung nicht pathognostisch. **Brockhaus** (Godesberg).



Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**
Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 22. **Sonnabend, den 9. September.** **1882.**

300. **Bernhardt** (Berlin). Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereich des Plexus brachialis.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 3. p. 415.)

Erb hat 1874 auf eine Anzahl von Lähmungsfällen an der oberen Extremität aufmerksam gemacht, welche sich durch eine auffallende Übereinstimmung und Gruppirung der gelähmten Muskeln auszeichnen. Es handelt sich um Lähmungen, welche nicht ausschließlich in einem dem Plexus brachialis angehörigen Aste sich zeigen, sondern um Formen, in welchen gleichzeitig einzelne von den verschiedenen Ästen des Plexus innervirte Muskeln gelähmt sind. Die sensiblen Bahnen bleiben meistens frei. Die lähmende Ursache soll die Nerven höher oben im Plexus, wahrscheinlich in einer oder mehreren seiner Wurzeln getroffen haben, wo die motorischen Bahnen für die genannten Muskeln noch vereinigt liegen und sich noch nicht für die verschiedenen Nervenstämme vertheilt haben. Von der Lähmung betroffen werden zugleich die Mm. deltoides, biceps, brachialis internus, supinator longus, event. auch brevis und einzelne



Äste des N. medianus, während das Gebiet des Ulnaris immer frei befunden wird.

B. findet in der Litteratur nur 9 Beschreibungen dieser Lähmungsform, welchen er selbst 2 Fälle zufügt; sie zeichnen sich vor den bekannten Veröffentlichungen dadurch aus, dass nicht nur der Infraspinatus, sondern in einem Falle auch der Supraspinatus deutlich gelähmt waren.

Erb machte es wahrscheinlich, dass es speciell der 5. und 6. Cervicalnerv ist, welche an der Bildung der hier in Frage stehenden gelähmten Äste des Plexus brachialis theilnehmen. An der Austrittsstelle des 5. und 6. Cervicalnerven zwischen den Scalenis konnte B. in dem ersten Falle sämmtliche gelähmte Muskeln sowohl mit dem faradischen, wie durch den konstanten Strom erregen, während in dem 2. Falle vollständiges Erloschensein der Erregbarkeit für beide Stromesarten vorhanden war.

Zur Ätiologie führt B. nach Hoedemaker die relativ oberflächliche Lage der geschädigten Nerven an, welche Erkältungseinflüssen leichter ausgesetzt sind, als die tiefer liegenden, von dicken Muskellagen geschützten Nerven; weiterhin können die Ursache abgeben neuritische Processe, Entwicklung von Geschwülsten in dieser Halsgegend, äußere Schädlichkeiten, wie Aufschlagen auf die Schulter und dadurch gewaltsam herbeigeführte Adduktionen; endlich direkte Schädlichkeit durch Stoß etc. auf die verhängnisvolle Stelle.

Ähnliche Lähmungen hat bereits Duchenne beschrieben bei durch Kunsthilfe zu Tage geförderten Neugeborenen; die Finger des z. B. den Prager Handgriff ausführenden Geburtshelfers können in einem von Erb mitgetheilten Falle die schuldige Ursache gewesen sein.

Prior (Bonn).

---

301. **Lubanski.** Études étiologiques sur la fièvre typhoide. Ätiologische Studien über den Typhus.

(L'union méd. 1882. No. 94 u. 95.)

L. ist weder Anhänger der Pettenkofer'schen Grundwassertheorie noch der englischen Doktrin, dass Verunreinigungen des Trinkwassers Hauptursache des Typhus seien. Er legt seinen Erörterungen speciell die Beobachtungen über die während des tunesischen Feldzugs vorgekommenen Typhusfälle zu Grunde. Er ist der Ansicht, dass bei diesen in ätiologischer Beziehung zunächst die Zusammenhäufung und das Zusammenleben so vieler Menschen in einem für die Entwicklung des Typhus sehr disponirten Alter anzusprechen ist; in zweiter Linie kommen Strapazen, Erkältungen, überhaupt Einflüsse, die auch zur Entstehung anderer Erkrankungen Anlass geben können, in Betracht. L. glaubt nicht, dass in allen Fällen von Typhus eine Infektion mit einem specifischen Gift nöthig sei, obwohl er im Allgemeinen an dem infektiösen Charakter desselben fest hält. Daher



sei es auch unnöthig, in jedem Falle einem Infektionsherd nachzuspüren. Er führt 4 Fälle aus seiner Beobachtung an, die für seine Ansicht beweisend sein sollen. **Brockhaus** (Godesberg).

---

302. **Peiper** (Greifswald). Übergang von Arzneimitteln aus dem Blute in die Galle nach Resorption von der Mastdarmschleimhaut aus.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. IV. Hft. 3. p. 401.)

Wenn diffusionsfähige Metallsalze, in den Darm gelangt, in die Säfte des Organismus übergehen, so sind es hauptsächlich die Drüsen, welche den fremdartigen Stoff zu eliminiren trachten. Es ist uns hiermit der Weg gezeigt, auf welchem wir im Stande sind, in direkter Weise die physiologische Thätigkeit einer Drüse zu erforschen. So stellte man eine große Reihe von Experimenten an über die Thätigkeit der Nieren, der Schweiß-, Speichel- und Milchdrüsen, indem man in dem Drüsensekret Stoffe, welche dem Versuchsthier einverleibt worden waren, nachzuweisen suchte. Auf diese Weise erhielt man einerseits wichtige Aufschlüsse über die Funktionen der einzelnen Drüsen, anderseits lernte man auch die Veränderungen kennen, welche die in das Blut aufgenommenen Stoffe auf ihrem Wege durch den Körper erleiden.

P. nahm zu demselben Zwecke Untersuchungen des Sekretes der Leberdrüse, der Galle, vor und zwar verabreichte er die Arzneimittel vom Mastdarm aus vermittels Darminfusionen; auf die Weise können die Medikamente, der Einwirkung des Magensaftes entzogen, unverändert resorbirt werden. Frühere Forscher haben bei ihren Untersuchungen die gewählten Stoffe den Versuchsthieren entweder per os verabreicht oder direkt in das Blut injicirt. Die Resultate gewann P. hauptsächlich bei Hunden mit permanenter Gallenfistel. Die Gallenfisteln wurden nach der Methode von Heidenhain angelegt.

Die Versuche wurden angestellt mit folgenden Arzneimitteln:

1) Kalium jodatum.

Jodkalium, per os verabreicht, wurde in dem Lebersekret nachgewiesen durch Cl. Bernard und Mosler. Es gelang Mosler bei einer Pat., welche an einem Leberechinococcus litt und Jodkalium vermittels Darminfusionen erhielt, Jodkalium nachzuweisen in der Echinococcusflüssigkeit, welche durch die Aspirationsspritze entleert worden war. Bei den Versuchen P.'s ergab sich als Resultat, dass das Jodkalium in den ersten 3 Stunden nach der Verabreichung in der Galle nicht nachzuweisen war; der Nachweis gelang erst 6—8 Stunden nach der Applikation. Applicirt wurde Kal. jodat. 5,0 : 300,0 Aq. dest.



2) Natron salicylicum.

Auf Grund der Versuche erhellt, dass Natron salicylicum in kleinen Dosen (0,5) in der Galle nicht nachzuweisen ist, dagegen die Reaktion stärkerer Gaben (3,0) schon nach Ablauf einer halben Stunde gelingt.

3) Acidum carbolicum.

Zu den Versuchen wurden Kaninchen benutzt, da die Hunde, durch Anlegung der Gallenfisteln in ihrem Ernährungszustande stark herunter gekommen, selbst geringe Dosen Karbolsäure nicht mehr ertrugen. Bei den Kaninchen wurde die Gallenblase herausgenommen, nachdem die Thiere einige Stunden nach der Applikation getödtet worden waren. Die Versuche zeigten, dass Karbolsäure allerdings mit der Galle zur Ausscheidung kommt, aber die Menge der auf diesem Wege ausgeschiedenen Karbolsäure eine sehr geringe ist.

4) Ferrocyankalium.

Die Versuche fielen negativ aus.

5) Rhodankalium.

Nach 3 Stunden war das applicirte Rhodankalium (1,0 : 250,0) in der Galle sehr deutlich nachzuweisen.

6) Wasserinfusionen in den Darm.

Gestützt auf die Erfahrungen Mosler's, dass bei Ikterus und Cholelithiasis Wasserinfusionen vorzügliche Resultate geben, stellte P. sich die Frage, wie verhalten sich die flüssigen und festen, organischen und anorganischen Bestandtheile der Galle vor und nach der Infusion von Wasser in den Darm zu einander und von wie langer Dauer ist die Einwirkung einer solchen Infusion. Bei Beantwortung der ersten Frage ergab der Versuch beim Hunde, dass der Wassergehalt der Galle eine Stunde nach der Infusion des Wassers (360 ccm lauwarmes) in den Darm um 2,53% gestiegen war und dass sich mit der Zunahme des Wassers dem entsprechend die festen Bestandtheile verringert hatten und zwar die organischen um 0,31%, die anorganischen um 2,22%. Die Untersuchung, wie lange wohl die Darminfusion auf die Sekretion der Leber einwirke, fand ihre Erledigung in dem Resultate, dass 3 Stunden nach der Infusion von 750 ccm Wasser der Wassergehalt der Galle, gegenüber der normalen Galle, um 8,19% gestiegen war und dem entsprechend eine Abnahme der festen Bestandtheile eingetreten war; nach 6 Stunden betrug die Zunahme des Wassergehaltes nur noch 2,02%, so dass man wohl annehmen kann, dass im Laufe der nächsten Stunde die secernirte Galle der normalen wieder gleich geworden ist.

Als Beitrag zu der theoretischen Begründung erörtert P. den Nutzen der in Rede stehenden Darminfusionen von lauwarmem Wasser durch die Geschichte zweier Krankheitsfälle, von denen die erstere sich auf einen Ikterus bezieht, die letztere auf eine Cholelithiasis. Bei beiden trat der gewünschte Erfolg ein. **Prior** (Bonn).



303. **Hoffer** (Graz). Über das numerische Verhalten der rothen Blutkörperchen bei subkutaner Anwendung von Jodoform.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 28.)

H. stellte seine Untersuchungen über den Einfluss von Jodoform auf das Blut von Kaninchen und syphilitischen Menschen an und benutzte zum Zählen der Blutkörperchen den Apparat von Malassez; die dort angegebenen Zahlen sind die Mittelwerthe von mindestens sieben, gewöhnlich aber zehn Zählungen.

Kaninchen wurde das Jodoform subkutan (0,1—0,5 täglich) in Form einer Ölemulsion injicirt. Die Versuche ergeben, dass die dargereichten Dosen von Jodoform bei Kaninchen jedes Mal Hypoglobulie erzeugen, die je größer ist, je höher die Dosis des Jodoform. Hört die Darreichung des Jodoform auf, so hört auch die Hypoglobulie auf. Die Versuche am Menschen wurden an 2 Pat. mit tertiärer Syphilis angestellt. Das Jodoform wurde subkutan in einer Glycerinemulsion gegeben, 0,5 bis 1,5 g pro dosi.

In beiden Fällen fand, so lange Jodoform gereicht wurde, zuerst eine Zunahme der rothen Blutkörperchen statt, es wurde also die syphilitische Hypoglobulie sistirt und es erreichte die Zahl der rothen Blutkörperchen fast die normale Höhe, um dann, wenn eine größere Menge Jodoform im Körper vorhanden war, wieder zu sinken und tiefer zu sinken, als die zuerst beobachtete Menge. Diese Hypoglobulie ist auf die toxische Wirkung des Jodoform zu beziehen (s. d. Versuche bei Kaninchen). Nachdem einige Zeit Jodoform ausgesetzt wurde, trat wieder eine Zunahme der rothen Blutkörperchen ein. Bei den Syphilitischen gingen die Erscheinungen der Syphilis zurück.

Seifert (Würzburg).

---

304. **Weil.** Zur Lehre vom Pneumothorax.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

Im Schlusse dieser Arbeit wird die Frage nach den verschiedenen Formen des im Verlaufe der Lungenphthise auftretenden Pneumothorax so wie Dauer, Verlauf, Ausgänge und Therapie desselben erörtert. Der im Verlauf der Phthise auftretende Pneumothorax ist nur ausnahmsweise ein offener, in der Regel ein geschlossener Ventilpneumothorax. In 7 unter 33 Fällen handelte es sich um organisch geschlossenen Ventilpneumothorax, in allen übrigen Fällen war die Perforationsstelle anatomisch nachweisbar und für die in die Luftröhre eingeblasene Luft durchgängig. Trotzdem bestand, wie aus dem positiven Druck und den klinischen Zeichen hervorging, bei Lebzeiten keine freie Kommunikation zwischen Pleurahöhle und Bronchialbaum, es war also der Verschluss des Ventilpneumothorax nur ein mechanischer gewesen.

Höhenwechsel des Perkussionsschalles beim Öffnen und Schließen



des Mundes fand sich niemals, auch nicht in 2 Fällen mit offener Lungenfistel. Chemische Analysen des Gasgemenges und manometrische Druckbestimmung des intrapleuralen Druckes bei Lebzeiten wurden nicht ausgeführt. Die Beschränkung der respiratorischen Exkursion auf der kranken Seite spricht für geschlossenen Ventilpneumothorax.

Der Tod trat in nahezu der Hälfte der Fälle im 1. Monat, etwa beim 4. Theil sogar in der ersten Woche ein; andererseits blieb aber doch nicht so selten das Leben Monate, selbst Jahre erhalten. Das Leben bleibt um so länger erhalten, je kräftiger die Individuen und je geringgradiger die Veränderungen der Lungen zur Zeit der Entstehung des Pneumothorax sind.

Nur in einer kleinen Zahl von Fällen (10 von 46) erholten sich die Kranken und blieben lange Zeit in relativ gutem Zustande am Leben, sei es, dass völlige Heilung oder eine Heilung des Pneumothorax in dem Sinne eintrat, dass die Luft verschwand und durch flüssiges Exsudat ersetzt wurde, sei es, dass die Zeichen des Hydro- und Pyopneumothorax in unveränderter Weise fortbestanden. In einem ausführlich beschriebenen Falle trat komplete Heilung ein, zur Zeit der Veröffentlichung dieser Arbeit (1½ Jahre nach Entstehung des Pneumothorax) ist nicht nur der Pneumothorax verschwunden, sondern auch das flüssige Exsudat resorbirt und die Lunge funktionstüchtig. Die auf der Seite des geheilten Pneumothorax sehr deutlich ausgesprochene Lungenaffektion hat auf der andern Seite keine Fortschritte gemacht, es besteht vortreffliches Allgemeinbefinden. In diesem Falle darf ein organischer Verschluss angenommen werden, weil sonst eine Wiederentfaltung der Lunge nicht möglich gewesen wäre. Die Erfahrungen W.'s berechtigen ihn bezüglich der Frage nach dem Einfluss des Pneumothorax auf den Verlauf der Phthise zum Ausspruche, dass in manchen Fällen der Pneumothorax den Verlauf der Phthise keineswegs ungünstig beeinflusst, dass dieselbe vielmehr auch nach Entstehung des Pneumothorax in ihrer Entwicklung nur langsam fortschreiten oder stationär bleiben kann. Bezüglich der Prognose kann man annehmen, dass rechtsseitige Erkrankung gefährlicher ist, als die linke, weil in ersterem Falle dem Kranken (wegen der kleineren linken Lunge) weniger funktionstüchtiges Lungengewebe bleibt, andererseits erscheint aber die Dislokation des Herzens und der großen Gefäßstämme bei linksseitiger Affektion bedeutender als bei rechtsseitiger. Die Qualität des Exsudates kann gleichfalls in Betracht kommen.

Bei Besprechung der Therapie kommt nur die operative Behandlung in Betracht. Die verschiedenen Operationsmethoden sind: 1) Punktion der Luft; 2) Punktion mit Aspiration; 3) Punktion der Flüssigkeit; 4) aspiratorische Punktion der Flüssigkeit (eventuell mit Einbringung verdünnter Salicyllösung; 5) Incision.

Punktion der Luft kann nur dann mehr als einen momentanen Erfolg haben, wenn die Fistel endgiltig verschlossen ist, also beim



organisch geschlossenen Ventilpneumothorax. Die Punktion mit Aspiration scheint dann indicirt, wenn einige Wochen nach Entstehung des Pneumothorax der große oder mittelgroße flüssige Erguss stationär bleibt, ohne dass Resorption der Luft eintritt. Bei Pneumothorax mit mittelgroßem Exsudat wird man mit der einfachen Punktion zum Ziele kommen. Zur aspiratorischen Punktion der Flüssigkeit (und Luft) ist organischer Verschluss der Fistel Vorbedingung. Die Prognose der Radikaloperation ist bei Phthisikern im Allgemeinen ungünstig, nur in 2 Fällen wurde dieselbe vorgenommen. Man kann wohl sagen, dass die Mehrzahl der im Verlaufe der Lungenschwindsucht auftretenden Formen des Pneumothorax für jeden operativen Eingriff schlechte Aussichten bietet. **Seifert** (Würzburg).

---

305. **Ramboldi.** Rapporti morbosi esistenti tra l'apparato orinario e il visivo. Über die Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Harn- und Sehorgane.

(Annali univ. di med. e chir. 1882. No. 3.)

R. bespricht zunächst die Retinitis nephritica. Er zieht diesen Namen der von Andern gewählten Bezeichnung: Ret. albuminurica vor, weil retinitische Processe bei Erkrankungen des Herzens und anderer Organe vorkommen, bei denen sich Eiweiß im Urin findet, ohne dass die Nieren in Mitleidenschaft gezogen sind. Retinitis nephritica kann auftreten im Verlauf aller akuten und chronischen Entzündungen der Nieren und bei amyloider Degeneration derselben, ist aber am häufigsten bei der chronischen Nephritis und zwar in dem Stadium derselben, wo sich Atrophie der Nieren und Hypertrophie des linken Ventrikels ausgebildet hat. R. unterscheidet 3 Stadien der Ret. nephritica: 1) das Stadium der Hyperämie, Entzündung und Infiltration, 2) das Stadium der fettigen Entartung mit Sklerose und Atrophie, 3) das Stadium der Resolution und Atrophie. Letzteres kommt selten zur Beobachtung, da die Kranken meist früher der Nierenerkrankung erliegen. In einzelnen Fällen entwickelt sich gleich das zweite Stadium, ohne dass das erste zur Beobachtung kommt. Bezüglich der Symptome der einzelnen Stadien, des Befundes an den Augen etc., die mehr ophthalmologisches Interesse haben, s. das Original. Die Prognose ist im Allgemeinen schlecht, doch kann eine vollständige Restitutio in integrum eintreten, und zwar wird dieselbe am häufigsten beobachtet bei denjenigen Formen, welche im Verlauf einer akuten Nephritis nach Scharlach, Masern oder während der Schwangerschaft auftreten. Zum Zustandekommen der Netzhautentzündung wirken nach R. zusammen: 1) die veränderte Zusammensetzung des Blutes, 2) die Retention der Stoffe der regressiven Metamorphose im Blute und die durch den Eiweißverlust herbeigeführte Hydrämie, 3) die Hypertrophie des linken Ventrikels und die Vermehrung des



arteriellen Drucks. R. verwirft die Ansicht einiger Autoren, dass auf letzteres Moment das Hauptgewicht zu legen ist, da Ret. nephrit. öfters zu Stande kommt, ohne dass sich Hypertrophie des linken Ventrikels und vermehrter arterieller Druck ausgebildet hat. Nach ihm ist vielmehr die Anwesenheit des Harnstoffs und seiner Zersetzungsprodukte im Blute das Wesentliche, während die übrigen Momente eine untergeordnete Bedeutung haben.

Im zweiten Abschnitt bespricht R. die urämische Amaurose. Dieselbe zeichnet sich aus durch ihr plötzliches Entstehen und Verschwinden; der ophthalmoskopische Befund ist ein rein negativer. Bleibt nach einem solchen Anfall Amblyopie zurück, so ist immer Ret. nephrit. mit im Spiel. Die Pupille verhält sich bei der urämischen Amaurose verschieden; sie ist entweder weit und ganz unbeweglich (diese Fälle geben eine schlechte Prognose) oder es bleibt bei vollständig aufgehobenem Sehvermögen mehr oder weniger normale Reaktionsfähigkeit der Pupille bestehen. Als Ursache dieses verschiedenen Verhaltens nimmt R. an, »dass das Moment, welches die normale Nervenleitung (im vorliegenden Falle vom zweiten zum dritten Gehirnnerven) unterbricht, in verschieden weiter Ausdehnung wirkt oder mehr lokalisirt ist und dass der Ort der Untersuchung dem Centrum näher oder ferner liegt, so zwar, dass derselbe bei erhaltener Erregbarkeit der Pupille im Vierhügel, im andern Falle mehr peripher liegt und eine größere Ausdehnung besitzt«. Das Häufigkeitsverhältnis der urämischen Amaurose zur Ret. nephr. ist nach R's. Beobachtungen 2 : 5.

In Abschnitt 3 erwähnt R. die von Hirschberg beobachtete Panophthalmitis nach septischer Cystitis und eine serös-plastische Form der Iritis nach Gonorrhoe. Dieselbe ist immer doppelseitig, obwohl nicht immer auf beiden Augen in gleicher Weise entwickelt, und von zahlreichen Synecchien begleitet. Meist leiden die Kranken gleichzeitig an Gelenkaffektionen. Diese Form der Iritis unterscheidet sich von der syphilitischen, abgesehen von der Anamnese, durch die geringere Menge der plastischen Transsudate und die größere Langsamkeit der Entwickelung dieser letzteren.

Brockhaus (Godesberg).

---

306. **Franzolini** e **Baldissera.** Del veneficio per solfato di ferro. Über die Vergiftung mit schwefelsaurem Eisenoxyd.

(Annali univ. di med. e chir. 1882. No. 7.)

Die Verf. erörtern im Anschluss an einen näher beschriebenen Fall von versuchter Vergiftung mit schwefelsaurem Eisenoxyd, in welchem sie als Sachverständige auftraten, die Frage, ob letzteres Mittel ein Gift sei und in welcher Dosis es toxisch wirke. In der forensisch-medicinischen Litteratur fanden sie nur ganz vereinzelte Fälle, wo schwefelsaures Eisenoxyd zu Vergiftungszwecken angewendet wurde



und eben so spärlich sind die Beobachtungen über unabsichtliche Vergiftung mit diesem Mittel. Am eingehendsten haben Orfila und Tourdes die Frage studirt und stellen die Verf. die Resultate der bezüglichen Arbeiten dieser Forscher zusammen. Sie selbst haben an Kaninchen und Hunden experimentirt und kommen zu folgenden Schlüssen: Das schwefelsaure Eisenoxydul wirkt, in wässeriger Lösung in den Magen gebracht, viel intensiver als wenn es mit Speisen vermischt in Krystall- oder Pulverform einverleibt wird, so zwar, dass bei der ersteren Darreichungsweise der Tod schon bei einer Quantität des Mittels eintritt, welche, in der zweiten Form angewandt, nur leichte Intoxikationserscheinungen erzeugt. Auf die Schleimhäute der ersten Wege und besonders des Magens übt das schwefelsaure Eisenoxyd eine stark korrodirende Wirkung aus. In letal verlaufenden Fällen trat der Tod unter den Erscheinungen der Asphyxie ein und ergab die Autopsie Hyperämie und Ödem der Lungen, so wie Blutüberfüllung in den Venen und dem rechten Herzen. Der Tod trat in diesen Fällen so rasch ein, dass an eine Resorption des Mittels nicht gedacht werden konnte, auch konnten die Verf. in verschiedenen Flüssigkeiten des Körpers, Urin, Bronchialsekret etc. keine Spur des Giftes nachweisen. Mit Rücksicht auf die dem Tod vorangehenden Erscheinungen der Asphyxie und auf die Ergebnisse der Obduktion nehmen die Verf. an, dass der Tod eintritt »durch Lungenlähmung, welche auf reflektorischem Wege durch den Reiz des Giftes auf die in der Magenwandung sich ausbreitenden Äste des Vagus und Sympathicus zu Stande kommt«. Bezüglich der Resorption des schwefelsauren Eisenoxyd ist Tourdes zu anderen Resultaten gekommen; er fand dasselbe in der Galle, im Urin und im Blute; in diesem letzteren hatte es zu Veränderungen der Eiweißkörper und des Fibrins, das seine Coagulirbarkeit eingebüßt hatte, Veranlassung gegeben, während die rothen Blutkörperchen intakt geblieben waren.

Bezüglich der kleinsten, tödlich wirkenden Menge des schwefelsauren Eisenoxyds sind die Verf. nicht zu entscheidenden Resultaten gekommen. Dieselbe schwankt ungemein nach der Form, in der das Mittel dargereicht wird, nach der Leere oder Völle des Magens, nach dem Alter und Kräftezustand des Thieres.

Brockhaus (Godesberg).

---

307. **Wernich** (Berlin). Studien und Erfahrungen über den Typhus abdominalis.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 1—4.)

244 eigenbeobachtete Typhusverläufe und 39 selbst gemachte und gebuchte Typhusobduktionen bilden die Grundlage, auf welcher W. seine Darstellung aufbaut. Das Material stammt zum Theil aus den Krankenhäusern Königsbergs, Berlins, theils aus Beobachtungen zu Yeda und Yokohama. Die Arbeit ist in drei Hauptschnitte eingetheilt.

I. Die verschiedenen Entstehungsarten der Ileotyphen.

Es wird der Entwicklung der Kenntnis des Ileotyphus erwähnt, wie allmählich größere Klarheit, durch emsiges Forschen sich einstellte. Virchow, Klebs, Rokitanski erwarben sich besondere Verdienste; auf Grund glücklicher Funde, bei ganz früh verstorbenen Fällen und unter Zuhilfenahme der Beobachtungen, welche man an den oft im sehr frühen Entwickelungsstadium der Schleimhaut- und Drüsenveränderungen zur Obduktion gekommenen Nachschüben und Recidiven eben so zufällig gemacht hatte, ist es möglich geworden, allmählich für die Ansicht Boden zu gewinnen, dass, je mehr der Process sich zu einem »Typhus« heranbildet, desto mehr sich eine Anfangs diffuse katarrhalische Affektion des Dünndarms oder doch großer Strecken desselben sich auf die nähere Umgebung der follikulären Drüsenapparate und erst in einer noch späteren Periode auf diese selbst koncentrirt, um dann in ihnen zur markig zelligen Infiltration zu gedeihen und noch später diejenigen nekrotisirenden Rückbildungshergänge durchzumachen, welche man nach den ersten anatomischen Forschungen und nach dem damaligen Verständnis als eigentliches Charakteristikum des Abdominaltyphus aufgefasst hatte. In den allerersten Anfangsstadien der typhösen Gewebsveränderungen sind klinische Erscheinungen noch nicht bemerkbar; ein klassisches Bild des Abdominaltyphus ist keinesfalls vorhanden; ja man kann mit einer gewissen Sicherheit aus der Beobachtung sogenannter ambulatorischer Typhen schließen, dass sogar die Metamorphose der Darmfollikel bis zu einem durch Rhexis der Gefäße direkte Todesgefahr drohenden Grade vorgeschritten sein kann, ohne zur Hervorbringung jenes Krankheitsbildes zu führen. Die Berechtigung, ambulatorische oder Abortivtyphen von den schneller zu dem gewöhnlichen Krankheitsbilde sich entwickelnden Typhusverläufen zu unterscheiden, beruht darauf, dass bei allen Abdominaltyphen das Moment der Darmlokalisation, die Beschränkung des Erkrankungsprocesses auf die Schleimhautschicht des Dünndarmes mit sehr ungleicher Leichtigkeit und in sehr verschiedenen Zeiträumen überwunden wird. Der Infektionsstoff oder das schädliche Fremdartige bedarf 1) der Koncentration auf gewisse geeignete Angriffspunkte: nie Drüsenapparate; 2) einer Entwicklungszeit, einer Nistung, um über die Grenzen der Darmfollikel, um über die demnächst folgenden Darmschichten hinauszulangen und den ganzen Körper zu ergreifen. Diese Vorstellungen führen nothwendig zum Begriff der Invasion. Mittheilungen von Birch-Hirschfeld und Litten sind in dieser Beziehung stets lehrreich.

Es kommt also dem Dünndarm beim Typhus nicht etwa bloß die passive Rolle zu, als Durchlass, sondern auch die aktive, als Brutstätte für jenes Etwas zu dienen, welches durch seine Entwicklung und Verbreitung den befallenen Organismus mit den eigentlichen Krankheitsgefahren bedroht — Gefahren, welche nicht geringer sind, als die von sonstigen Angriffspunkten aus bewirkten Invasionen der



schlimmsten Wundinfektionsgifte. Gerade die schlimmsten Typhen zeigen die größte Ähnlichkeit mit septischen Processen.

Nach diesen Erörterungen geht W. zu der Besprechung über »das schädliche Fremdartige, das invasionsfähige Typhusgift«. Die Ansichten von Klebs, Eberth, Letzerich etc. aus einander setzend und, was nach seiner Ansicht unrichtig ist, mehr oder minder scharf bekämpfend, stellt W. als Schluss des pilzphysiologischen Theiles den Satz auf:

»Die leicht zu Tochterstäbchen zerfallenden, im Darminhalt nicht zur Sporenbildung heranreifenden Darmfäulnisbacillen bilden die rein saprophytische, die in den Darmwänden zu größerer Festigkeit und zu schneller Sporenbildung neigenden Typhusdesmobakteridien die parasitisch accommodirte Entwicklungsform des Bacillus subtilis der höheren Fäulnis.«

Das Résumé dieses I. Abschnittes giebt die Antworten auf die Arbeit, einen Begriff über Gestaltung und Wesen des dem Typhus zu Grunde liegenden fremdartigen Einflusses zu gewinnen, dieses fremdartige Wesen in jener Existenzperiode aufzusuchen, in der es als wirkendes Typhusgift nicht thätig ist und seine Wege bis zu den Invasionspforten kennen zu lernen, durch welche es in die Gewebe des menschlichen Körpers gelangt. W. sucht nachzuweisen, dass, wenn die in den Darmdrüseninfiltrationen und bereits an anderen Stellen von Typhusleichen vorgefundenen Desmobakteridien bis jetzt die größte Anwartschaft haben, sich mit der dem Typhusprocess zu Grunde liegenden Noxe zu decken, es anderseits gewaltsam ist, den Formentwicklungskreis dieses Bacillus typhi und den des Bacillus subtilis der Darmfäulnis zu trennen. Unter welchen Verhältnissen der letztere dazu gelangt, die Darmdrüsen gerade eines gewissen Intestinalabschnittes als Nistort zu wählen, sich hier zum specifischen Bacillus typhi heranzuzüchten, um von dieser Invasionspforte aus weiter in den menschlichen Körper zu gelangen, wird dahin beantwortet, wie es sich dem heutigen Stande unserer Kenntnisse anpassen lässt.

II. Die Entwicklung der verschiedenen Symptomenkomplexe des Typhus und ihre prognostische Bedeutung.

In diesem zweiten Theile will der Verf. die Haltbarkeit der Hypothese prüfen, »dass die anatomischen und klinischen Erscheinungen des Ileotyphus sich durch den Invasionsprocess eines Krankheitserregers von bekannter Gestalt und wenigstens theilweise bekannten Lebenseigenschaften erklären«. Zu diesem Zwecke wird zuerst betrachtet: A) Der Tod durch Ileotyphus und die Erscheinungen in den Leichen. Die einzelnen Organsysteme werden der Reihe nach durchgenommen. B) Die Beziehungen der anatomischen und klinischen Typhussymptome zum Bacillus typhi. C) In wie weit die bisher so außerordentlich unsichere Prognostik des Abdominaltyphus unter



Zuhilfenahme der neugewonnenen Anschauung über die Entwicklung der Symptomenkomplexe einer Vervollkommnung fähig ist. Folgende Resultate gehen aus der Abhandlung hervor.

1) Die Leichenerscheinungen weisen darauf hin, dass der Tod beim Ileotyphus eintritt: a) durch pathologisch-anatomische Veränderungen — vorzugsweise der Digestionsorgane, des Lymphsystems und Gehirnes —, welche mit einer akuten Invasion des Bacillus typhi in räumlicher und zeitlicher Beziehung stehen; oder b) durch wiederholte Invasionen, sei es im Zustande geringerer Anzüchtung, sei es in kleineren Mengen; — oder c) durch eine intravaskuläre Konglomeration der Blutbestandtheile, welche zu thromboiden Cirkulationshindernissen führen; oder d) durch hiervon abhängige zunächst mechanisch wirkende Embolisirung lebenswichtiger Arteriengebiete; oder endlich e) durch ebenfalls von c) abhängige Degenerationen der Gefäßwände und des Herzens, welche an eine infektiöse Beschaffenheit der konglomerirten Bestandtheile denken lassen.

2) Die mit der Invasion des Bacillus typhi in direkter Beziehung stehenden Erscheinungen — abgesehen von den durch wirkliche bacilläre Recidive verlängerten — sind in der überwiegenden Mehrzahl mit der Vertiefung der Darmgeschwüre und beginnender Sequestration der nekrotisirten Bacillennester (11.—15. Tag) beendet.

3) Die auf der intravenösen Blutkonglomeration beruhenden Symptome überdauern in schweren Fällen Monate und hören durchschnittlich nicht vor dem 35.—40. Tage auf.

4) Die Vorhersage kann sich lediglich auf die richtige Würdigung der Entwicklung der Symptome stützen. Sehr langsame zeitliche Übergänge der einen Erscheinungsreihe in die andere gestatten eine ungleich günstigere Prognose, als ein stark verkürztes Tempo der Reihenfolge.

5) Die als leichtere und leichteste nicht allein beginnenden, sondern auch endigenden Abdominaltyphen beruhen auf unvollkommen vorgezüchteten und bereits innerhalb der mesenterialen Lymphdrüsen und der Milz an weiterer Invasion gehemmten Krankheitserregern.

(Schluss folgt.)

---

308. **H. Schulz.** Das Eukalyptusöl, pharmakologisch und klinisch dargestellt.

Bonn, **M. Cohen & Sohn,** 1881.

(Schluss.)

XI. Die Körpertemperatur unter dem Einfluss des Eukalyptusöls.

Die normale Temperatur sah Gimbert und Siegen nach der Einnahme von Eukalyptol heruntergehen, so dass durch Gaben von



3,5 g bis 4,2 g Abfälle von 0,5° C. bis 0,8° C. erreicht wurden. Die Absenkung ist so bedeutend, wie sie durch Chinin nicht erreicht wird, bei welchem ja selbst nach sehr hohen Dosen eine Absenkung normaler Temperatur zuweilen nicht eintrat. Verf. erklärt diese Eigenthümlichkeit aus dem längeren Verweilen des Eukalyptols im Körper und aus der stärkeren Resistenz desselben. Durch Versuche beweist nun Sch., dass die temperaturherabsetzende Wirkung eben sowohl seinem angesäuerten Eukalyptusöl zukommt als dem reinen Eukalyptol; es gelang niemals, durch die Anwendung des Öls eine Steigerung der Temperatur hervorzubringen. Es kann demnach nicht die Rede sein von einer temperatursteigernden Wirkung der nebensächlichen Bestandtheile des einfach angesäuerten und dann mit Luft und Licht behandelten Öls.

XII. Das Eukalyptusöl bei Pyämie und Sepsis.

Indem Verf. von der Idee ausgeht, dass zur pathologischen Temperaturerhöhung die Anwesenheit gewisser organisirter oder fermentartig wirkender Körper im Organismus führe, leitet er die temperaturherabsetzende Wirkung des Eukalyptols ab von dessen antiseptischen Eigenschaften. Verf. hat in zahlreichen Versuchen das Eukalyptusöl gegen Fieber, welches durch faulendes Fleischwasser oder durch Heujauche erzeugt war, von gutem Erfolge gesehen. Dabei hat sich öfter gezeigt, dass am Tage der Eukalyptusgabe die Temperatur herabging, aber am folgenden Tage das Thier, welches Eukalyptusöl erhalten, eine höhere Temperatur aufwies. Da es nun wahrscheinlich ist, dass das antiseptische Öl eher ausgeschieden wird, als es eine Zerstörung des Inficiens zu Wege gebracht hat, so verlangt diese Beobachtung zur längeren Temperaturherabsetzung eine wiederholte Einfuhr.

XIII. Zur Theorie der Wirkungsweise des Eukalyptusöls.

Am nächsten verwandt ist das Öl den Terpenen. Von diesen gilt eine antiseptische Eigenschaft und eine depressorische auf das Nervensystem (Beiz, Köhler, Purkinje). Ganz ähnlich wirken die ätherischen Öle: reflexvermindernd und Fäulnis verhindernd. »Alle diese Eigenschaften finden wir im Eukalyptusöl ausgesprochen.« Der ganze Modus der Wirkung des Öls wird als eine Art Narkose aufgefasst. Der Hergang wird von Sch. in folgender Weise aufgefasst: Die Terpene beladen sich mit Sauerstoff aus der Umgebung und bilden neben den Oxydationsprodukten (Verharzung) aktiven Sauerstoff. Die Zufuhr dieses wirkt auf die Zellen verbrennend, oder es kommt zu einer Ansammlung von Oxydationsprodukten in der Zelle, weil in der Zeiteinheit mehr solcher gebildet, als eliminirt werden.

»Beide Vorgänge, Aufnahme und Aktivirung des Sauerstoffs auf der einen, Abstoßung desselben und eigene Verharzung gehen so lange fort, als noch unverändertes Öl vorhanden ist.«

XIV. Allgemeine therapeutische Bedeutung des Eukalyptusöls.

Nach allem Ausgeführten soll das Eukalyptusöl da angewandt

werden, wo durch die Anwesenheit infektiösen Materials pathologische Processe veranlasst werden.

Sch. hat das Präparat ausgiebig bei der Behandlung von Wundflächen verwandt und konstatirt neben der Verminderung der Sekretion und günstigen Veränderung der Sekrete eine vermehrte Tendenz zur Verheilung (Anregung zur Granulationsbildung). Im folgenden Kapitel giebt Sch. genauere Mittheilung über die Erfolge, welche in der hiesigen Klinik bei der Wundbehandlung mit Eukalyptusöl erreicht wurden; das Genauere darüber ist im Original nachzusehen. Auch enthält das Kapitel die Ergebnisse, welche Andere an anderen Orten gesammelt haben. Es behandelt: Fälle, in denen das reine unverdünnte Eukalyptusöl benutzt wurde; Fälle, in denen eine etwa 0,2—0,3 %ige wässrige Emulsion des Eukalyptusöls benutzt wurde, theils zu Irrigationen, theils in damit getränkten Kompressen, um bei jauchiger Zersetzung der Wundsekrete den üblen Geruch zu beseitigen. In 6 Sätzen fasst Sch. kurz die wichtigen Punkte für Wundbehandlung zusammen.

XV. Die innere Verwendung des Eukalyptusöls.

»Die eigentliche Domaine des Eukalyptusöls ist das Wechselfieber.« Besonders wird hervorgehoben: Dass das Öl in chronischen Fällen von Intermittenten mehr wie in akuten leistet, dass es in vielen Fällen genutzt, in welchen Chinin wirkungslos geblieben war. Seine Bedeutung wird weiter illustrirt durch die Mittheilung von Beobachtungen über: Intermittens larvata, chronischen Milztumoren, Wundfieber, akuten Gelenkrheumatismus, Typhus abdominalis, Erysipel, Febris gastrica, Magendarmaffektionen, Diphtherie, Katarrhen der Respirationswege, Lungengangrän, Gonorrhoe, Urethritis. Alle Erfahrungen empfehlen das Präparat sehr, zumal wenn es nach der Sch.'schen Methode zubereitet ist. **Finkler** (Bonn).

---

309. **Aufrecht** (Magdeburg). Das runde Magengeschwür in Folge subkutaner Kantharidineinspritzungen.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1882. No. 31.)

A. fand bei Kaninchen, denen er Kantharidin zur Erzeugung von Nephritis injicirte, im Magen eine größere Anzahl cirkumskripter Veränderungen, welche sich bei genauerer Untersuchung als bloßliegende bis zu Linsengröße gediehene Blutgerinnsel erwiesen, welche einen entsprechend großen Defekt der Schleimhaut ausfüllten, dessen Ränder wallartig über das übrige Schleimhautniveau hervortraten. In einem besonders charakteristischen Falle fanden sich außer etwa 15 mit einem Blutgerinnsel ausgefüllten Geschwüren von Linsengröße, sechs vollkommen kreisrunde, von der Umgebung scharf abgesetzte Stellen von mattgrauer Farbe; von einem Bluterguss war hier nichts zu bemerken. Die mikroskopische Untersuchung dieser Partien er-



gab: die Epithelien der schlauchförmigen Drüsen blasser und weniger gekörnt, die Interstitien verbreitert, die Kapillaren strotzend mit Blutkörperchen gefüllt; an wenigen Stellen waren die Drüsenzellen unregelmäßiger gelagert; häufig zeigten sich zwischen den Drüsenepithelien leere Stellen, wo Zellen ausgefallen sein mussten, endlich fanden sich Schläuche, welche ihrer ganzen Länge nach auffallend verschmälert waren, und nur eine einzige Längsreihe von Zellen enthielten. Ganz dasselbe Verhalten zeigten die Stellen, in deren Centrum ein kleiner Bluterguss vorhanden war. Nur war die Lagerung der Drüsenzellen eine noch unregelmäßigere, manche Schläuche fast leer. Die Blutergüsse bildeten selbst an den kleinsten punktförmigen Stellen kein zusammengehöriges Ganze, so dass man sie als die Folge der Ruptur eines einzigen Gefäßes hätte annehmen können. A. fasst daher die Blutergüsse als das zweite Stadium der Veränderung auf und glaubt, dass bei der hier vorgefundenen Geschwürsbildung eine cirkumskripte Entzündung der Magendrüsen vorliegt, an welche sich Hyperämie der Kapillaren mit entzündlicher Veränderung ihrer Wand und nachträglichem Blutaustritt anschließt. Diesen experimentell erzeugten Vorgang glaubt A. auch für die Pathogenese des Ulcus rotundum beim Menschen verwerthen zu sollen, und nimmt an, dass dasselbe nicht auf eine primäre Hämorrhagie, sondern auf eine primäre cirkumskripte Gastradenitis zurückzuführen sei.

Kopp (München).

---

310. **Birch-Hirschfeld** (Dresden). Bakterien in syphilitischen Neubildungen.

(Centralblatt für die med. Wissensch. 1882. No. 33.)

Bei Untersuchung gummöser Geschwülste fand B. konstant Mikroorganismen. Die Bakterien fanden sich am reichlichsten an der Grenze des Granulationsgewebes gegen die körnig zerfallenen Partien, und reichten höchstens in die Peripherie der letzteren hinein. In vernarbten gummösen Herden wurden sie nie gefunden. Wo die Bakterien frei im Gewebe liegen, sind sie stets zu kleinen kolonieartigen Häufchen verbunden; die einzelnen Elemente dieser Häufchen stellten sich bei starker Vergrößerung (Zeiss, Imm. *K*) als kurze und relativ dicke, an den Enden abgerundete Stäbchen dar. Außerdem fanden sich in einer größeren Zahl von Präparaten Haufen, welche längere Stäbchen enthielten; dieselben lagen in spindelartigen Herden, stets die Längsseiten einander zukehrend, diese letzteren waren meist leicht gebogen, ihre Ränder abgerundet und leicht kolbig angeschwollen. Deutliche Gliederung konnte nicht wahrgenommen werden. Endlich wurden intracelluläre Bakterien gefunden. Die bakterienhaltigen Zellen waren rundliche, ovale, oder auch spindelförmige Elemente des Granulationsgewebes. Die kurzen dicken Stäbchen in denselben, welche vollständig denjenigen der kleineren Häuf-



chen glichen, erfüllten dieselben theils vollständig, theils waren sie ringförmig in der Peripherie der Zelle vertheilt. Zur Färbung der Bakterien eignet sich am besten das Fuchsin.

Des Vergleichs wegen wurden noch vom Lebenden entnommene Theile frisch untersucht (breite Kondylome, indur. Schanker und papul. Syphilis), und stets die beschriebenen Bacillen gefunden.

Die Blutuntersuchung eines Pat., der seit wenig Tagen eine Roseola syphilitica zeigte, verlief negativ.

Bekanntlich wurden schon früher (Klebs, Aufrecht) Bakterien bei Syphilis gefunden. Durch den Nachweis derselben Bakterien im Innern gummöser Herde verschiedener Organe wird es sehr wahrscheinlich, dass diese Mikroorganismen in der That die Träger des syphilitischen Kontagiums sind. **Kopp** (München).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben
von
Dr. H. Rühle, Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 23. **Sonnabend, den 16. September.** **1882.**

311. **Th. Jürgensen** Luft im Blute. Klinisches und Experimentelles.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI.)

Im Anschluss an einen klinisch beobachteten Fall von Ulcus ventriculi, bei dem kurz vor dem Tode eine Aspiration von Luft durch arrodirte Venen stattfand, hat Verf. experimentell die Frage zu lösen versucht, ob Luft, die fein vertheilt in den Kreislauf gelangt, sich mit dem Blute fortbewegt und ohne absorbirt zu werden, längere Zeit innerhalb des Gefäßsystems, an dem Kreislauf Theil nehmend, verweilt? Zur Bearbeitung dieser Frage wurde J. durch das Studium der Litteratur angeregt, das ihm zeigte, dass die Ansichten darüber trotz reichlicher Bearbeitung keineswegs übereinstimmten. Die Versuche wurden so angeordnet, dass Luft in das periphere Ende der rechten Cruralarterie eingebracht, und dann nach dem Austreten derselben in der linken Cruralvene geforscht wurde; denn fand das Letztere statt, so musste die Luft zunächst das Kapillargebiet zwischen rechter Cruralarterie und Cruralvene, dann den Pulmonalkreislauf



und endlich das Kapillargebiet zwischen linker Cruralarterie und Cruralvene passirt haben. Es zeigte sich nun in allen Versuchen, die nicht innerhalb der kürzesten Zeit mit dem Tode endeten, dass die Luft in der Vene erschien und auch längere Zeit konstatirt werden konnte, so dass die Annahme, dass sie ohne Resorption eine Reihe von Stunden cirkuliren kann, gerechtfertigt erscheint. — In einigen Versuchen, in denen aus der andern nicht luftempfangenden Arterie öftere Blutentziehungen statthatten, erschien das Blut bei den späteren Entleerungen auffallend dunkel. Die Analyse der Blutgase ergab eine bedeutende Abnahme des Sauerstoffs, dagegen eine bedeutende Zunahme von N. —

Von weiterem Interesse bei den Versuchen zeigte sich die Änderung der Athmung; konstant folgte der Einführung größerer Luftmengen als ein Signum mali ominis eine bedeutende Verlangsamung der Athmung. — Was die Frage nach der Ursache des Todes bei Luftanhäufung im Blute betrifft, so ist dieselbe in dieser Versuchsreihe nur oberflächlich berührt, sie soll den Gegenstand einer weiteren Arbeit bilden; nach den Versuchsergebnissen J.'s ist wohl das Absinken des arteriellen Drucks und dessen Folgeerscheinungen als Grund anzusehen, vielleicht ist auch der oben erwähnte Sauerstoffmangel dabei mit zu berücksichtigen. **Lachmann** (Frankfurt a/M.).

---

312. **Fr. Riegel.** Experimentelle Untersuchungen über den normalen Venenpuls und über das Verhalten des Venensystems bei Perikardialergüssen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXI.)

Verf. berichtet im Anschluss an seine vor Kurzem veröffentlichte größere Arbeit (s. Referat in No. 10) über einige weitere Resultate, die er in Betreff pulsatorischer Bewegungen der Halsvenen an Thieren gemacht hat. — R. ist es gelungen auch bei Thieren die Bewegung des Venenrohrs aufzuschreiben und so einen Vergleich mit den gleichzeitig aufgenommenen Carotisbildern anzustellen.

Es ergab sich eine volle Übereinstimmung der Kurvenform der Thiere mit der der normalen Venenpulsbilder der Menschen; dieselben Verhältnisse in der zeitlichen Aufeinanderfolge der Venen und Arterienbewegung, wie R. sie früher von den Pulsbildern der Menschen geschildert, zeigen sich auch bei denen der Thiere. In gleicher Weise ist also der normale Thiervenenpuls ein diastolisch-präsystolischer; die Vorhofsdiastole hat ein erleichtertes Abfließen des Venenblutes zur Folge, daher Venencollaps, mit der Kontraktion des Vorhofs findet eine Stauung des Blutes in den Venen statt, daher die präsystolische Venenpulswelle. — Den zweiten Theil der vorliegenden Arbeit unternahm R. aus dem Grunde, sich durch eigene Untersuchungen ein Urtheil über die durch Ansammlung größerer Flüssigkeitsmengen im Herzbeutel gesetzten Kreislaufsstörungen, in spec. über den von vielen



Forschern beschriebenen Venenpuls, zu bilden. R. hat versucht beides gleichzeitig graphisch darzustellen (s. Orig.). In allen Versuchen ergab sich nun übereinstimmend, mit der zunehmenden Injektion von Flüssigkeit in den Herzbeutel ein Sinken des arteriellen Drucks bei beschleunigtem Herzschlage, während bis zu einem gewissen Grade die Venen sich umgekehrt verhielten; der Druck stieg; dagegen wurden die Venenpulsbilder immer kleiner; die Form der letzteren jedoch verhielt sich durchaus gleich der des normalen Venenpulses; einen echten herzsystolischen Venenpuls konnte R. in keinem Stadium der abnormen Druckerhöhung konstatiren.

Lachmann (Frankfurt a/M.).

---

313. **Schuchardt.** Über eine Veränderung des Blutes nach Insolation.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 16.)

Nach einer mühevollen Gebirgswanderung an einem der heißesten Julitage überfiel den Verf. selbst, eine halbe Stunde nach der Ankunft am Ziele, plötzliches Schwächegefühl mit kleinem mäßig frequentem Puls, weiterhin gesellte sich reichliches Erbrechen hinzu. Nach einstündiger Ruhe waren die Kräfte so weit wieder hergestellt, dass die Rückfahrt angetreten werden konnte; am folgenden Tage bestand nur ein relativ großes Schwächegefühl. Beim Untersuchen eines Tropfens seines Blutes fand Sch. eine eklatante Blutveränderung. Eine große Anzahl rother Blutkörperchen hatten augenscheinlichst ihren Farbstoff abgegeben und nur die zarten protoplasmatischen Grundlagen waren übrig geblieben; er erblickte sie als Schatten in großer Anzahl bald von der ursprünglichen Größe der rothen Blutkörperchen, bald etwas kleiner, einzeln oder zu Haufen geballt. Blutkörperchen, welche in der Entfärbung begriffen waren, oder abnorm viele freie Körnchen im Blute waren nicht vorhanden. Noch am folgenden Tage waren diese Schatten deutlich vorhanden und erst am vierten Tage vollständig verschwunden. Zugleich war das Wohlbefinden wieder vollkommen. Die Harnsekretion war, so weit es sich untersuchen ließ, normal, besonders waren keine Farbenveränderungen, welche an Hämoglobinuie oder Ikterus gebunden sind, wahrzunehmen; eben so fehlte Eiweiß.

Das Zugrundegehen einer Menge rother Blutkörperchen ist natürlich für den Körper nicht gleichgültig und wenn auch die schweren nervösen Erscheinungen, welche oftmals in den Vordergrund bei Insolation treten, durch eine veränderte Blutmischung kaum zur Erklärung hinreichen, so lässt sich doch vielleicht nach Sch. ein Theil der bei Insolation und Hitzschlag auftretenden Symptome erklären. Experimentelle Untersuchungen, mit welchen Sch. beschäftigt ist, sollen näheren Aufschluss geben.

Prior (Bonn).



314. Desplats. Action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude. **Über die Wirkung der Karbolsäure, verglichen mit der des salicylsauren Natrons.**

(L'union med. 1882. No. 98, 100, 102 u. 103.)

D. glaubt, dass die differirenden Ansichten der Autoren über die antipyretische Wirkung des salicylsauren Natrons ihren Grund haben in der fehlerhaften Beobachtungsmethode. Die Temperaturmessungen dürfen nicht auf Morgen- und Abendstunden beschränkt sein, sondern müssen direkt nach Verabreichung des Mittels in kurzen Intervallen gemacht werden. Zugleich muss man immer zufällige äußere Umstände, Gemüthserregungen, Besuche, welche der Kranke erhalten hat, Stuhlentleerungen etc., die bei Fiebernden leicht Änderungen in der Temperatur hervorbringen können, berücksichtigen. D. kommt auf Grund einer großen Reihe von Beobachtungen, von denen er einige näher mittheilt, zu dem Schlusse, dass in fieberhaften Krankheiten der verschiedensten Art dem salicylsauren Natron eine der dargereichten Menge proportionale antipyretische Wirkung zukommt, die sicher und prompt eintritt, aber von nicht langer Dauer ist. Zugleich entsteht Hauthyperämie und Schweißsekretion. Dem Wiederansteigen der Temperatur geht oft leichtes Frösteln vorher.

Die Karbolsäure hat nach D.'s Erfahrungen neben ihrer antipyretischen auch eine schmerzstillende Wirkung und ist dieselbe beim akuten Gelenkrheumatismus der des salicylsauren Natrons ganz analog, wenn auch nicht gleichwerthig. Das Resorcin, welches D. in einer Reihe von fieberhaften Krankheiten versuchte, hat ebenfalls eine sichere antipyretische Wirkung und vor der Karbolsäure und dem salicylsauren Natron den Vortheil der leichteren Löslichkeit so wie der Geruch- und Geschmacklosigkeit. D. glaubt, dass das Resorcin eine promptere und länger dauernde Wirkung hat, als die Karbolsäure. D. wandte das salicylsaure Natron in Pulver oder Lösung und zwar in einer einmaligen, wenn nöthig öfters pro die wiederholten Dosis von 2—5 g an. Nur wenn bei der Darreichung per os Übelkeit oder Erbrechen eintrat, wurde das Mittel per Klysma gegeben. Die Karbolsäure gab er im Lavement bis zu 4 g pro dosi oder in einer Limonade von 750 g Wasser, 3,0 Karbolsäure und 1—1,50 g Citronenessenz, und zwar alle drei Stunden 125—150 g dieser Lösung. Wie die Wirkung der genannten Mittel zu erklären ist, ob durch Beeinflussung der Cirkulation und Schweißsekretion, oder durch Zerstörung pyrogener Stoffe, lässt D. unentschieden; jedenfalls nicht durch erstere allein, da es viele Mittel giebt, welche energisch auf Cirkulation und Schweißabsonderung wirken, ohne die Temperatur herabzusetzen.

D. glaubt nicht, das bei der von ihm angewandten hohen und öfters wiederholten, aber auch immer wirksamen Dosen irgend welche Nachtheile zu befürchten sind, wenn mit der nöthigen Vorsicht verfahren wird. Er beginnt gewöhnlich mit mittelstarken Dosen und steigt,



wenn dieselben gut ertragen werden, aber nicht genügend wirksam sind, zu höheren. Beim Eintritt gastrischer Störungen giebt er die Mittel per Rectum. Er glaubt nicht, dass die Karbolsäure und das salicylsaure Natron, die beide sehr rasch durch die Nieren ausgeschieden werden, diese Organe afficiren. Er hat öfters bei Anwendung beider Mittel Albuminurie eintreten sehen; dieselbe verschwand trotz Fortgebrauch derselben wieder und war nach D. lediglich von der fieberhaften Erkrankung abhängig. Die schwarze oder braune Färbung des Harns bei Karbolgebrauch hat nach D. eben so wenig zu sagen, als die grünliche Farbe des Urins nach Santonin oder der Veilchengeruch nach Terpentin. Auch die Polyurie hat mit der Anwendung der Karbolsäure oder des Natr. salicyl. nichts zu thun und ist ein in der Rekonvalescenz von fieberhaften Krankheiten öfters beobachtetes Symptom. Ohrensausen und Gefühl von Schmerz im Kopf darf eben so wenig von dem Weitergebrauch des salicylsauren Natron abhalten, wie die gleichen Symptome von der weiteren Darreichung von Chinin.

Bezüglich der Karbolsäure behauptet D., dass die Maximaldosis dieses Mittels ganz willkürlich festgestellt ist und man ohne Gefahr bedeutend höhere Dosen geben kann. Dieselben richten sich nach der Hartnäckigkeit des Fiebers; er hat üble Wirkungen erst gesehen, wenn die zur Herabsetzung des Fiebers nöthige Dosis überschritten wurde. Viermal trat ein Sinken der Temperatur unter die Norm ein; in allen 4 Fällen waren von Anfang an, ohne dass die Empfindlichkeit der Pat. gegen das Mittel geprüft worden war, hohe Dosen gereicht worden. Konvulsionen hat D. nur in einem Falle beobachtet, in dem 5 g auf einmal per Klysma gegeben worden waren. Bei Versuchen an Hunden waren zur Hervorbringung von Konvulsionen 2—4 g, je nach der Größe der Thiere, erforderlich.

D. glaubt, dass bei der nöthigen Vorsicht die Darreichung hoher Dosen von Karbolsäure und Natr. salicyl. weniger gefährlich ist, als die Chloroformirung eines Kranken behufs Vornahme einer Operation.

Brockhaus (Godesberg).

---

315. **Giebier** et **Bouley.** Note sur la vitalité des trichines. Über die Lebensfähigkeit der Trichinen.

(L'union méd. 1882. No. 98.)

Das Leben der Trichinen kann, abgesehen von der Fütterungsprobe, nachgewiesen werden 1) durch Erwärmen eines Stückchen trichinenhaltigen Muskels auf dem Objektträger bis zu 40°; die Trichinen machen dann spontane Bewegungen; 2) durch Färben mit Anilinblau, Methylanilinviolett oder pikrokarminsaurem Ammoniak. Lebende Trichinen bleiben transparent, todte nehmen die Färbung an. G. und B. setzten 2 Schinken mit Trichinen, deren Leben nach den obigen Methoden konstatirt war, 4 Stunden hindurch einer Temperatur von — 27° resp. — 20 aus. Die nachher untersuchten Trichi-



nen waren sämmtlich todt. Schon die Einwirkung einer Temperatur von 0° ist nach G. und B. den Trichinen sehr schädlich, wenn nicht todbringend. Sie setzten kleine Stückchen Muskelfleisch mit lebenden Trichinen zwischen 2 Glasplättchen 6 Stunden lang in schmelzendes Eis und fanden nachher, dass die Trichinen die Färbung mit den oben erwähnten Reagentien nach 2½ Stunden annahmen und beim Erwärmen keine spontanen Bewegungen mehr zeigten. Die Verff. halten daher das Gefrierenlassen des Fleisches, durch welches die Wirkungen des Einsetzens und Räucherns nicht zerstört werden, für ein sicheres Mittel, die Trichinen zu tödten.

Brockhaus (Godesberg).

---

316. **Pel** (Amsterdam). Zur Diagnose und Kasuistik der sogenannten occulten Pyämie.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 4. p. 558.)

Unter dem Namen spontaner oder primärer Pyämie veröffentlichte Wunderlich im Jahre 1857 fünf Krankheitsfälle, bei welchen die Ursache der pyämischen Blutvergiftung unbekannt war. Alle Kranken starben innerhalb kurzer Zeit; bei der Sektion fanden sich mehrere pyämische Herde in den verschiedenen Organen, jedoch blieb auch nach der pathologisch-anatomischen Untersuchung der Ausgangspunkt dunkel.

1878 theilte Leube ebenfalls 6 Fälle sogenannter spontaner Pyämie mit; auch hier traten, ohne ein deutliches Moment, die Symptome von Pyämie resp. Septicopyämie mit letalem Ausgang auf. Die wahrscheinlichste Entstehungsweise war eine sehr verschiedene: ein scheinbar geheiltes Erysipel, ein zurückgebliebener Placentarrest, eine doppelseitige, käsig-eitrige Epididymitis etc. wurden als Quelle der Blutvergiftung beargwöhnt.

1881 theilte endlich Wagner in Leipzig einige Fälle von sogenannter kryptogenetischer Pyämie mit, welche ebenfalls aus ganz geringen Läsionen, oder aus Traumata ohne äußerliche Verletzung oder aus bei Lebzeiten latent verlaufenden Knochenaffektionen hervorgegangen sein sollten; in einzelnen Fällen betrachtete Wagner als Ursache der pyämischen Blutvergiftung ulceröse Endokarditis, wo intra vitam entweder gar keine, oder doch nur geringe physikalische Abweichungen konstatirt wurden.

Diese veröffentlichten Krankheitsgeschichten zerfallen in zwei Gruppen, welche man streng von einander scheiden muss. Bei der ersten Gruppe blieb die Quelle der Blutverunreinigung bei Lebzeiten bloß unbekannt und zwar desshalb, weil der primäre Eiterherd keine subjektiven Symptome veranlasste, desshalb latent blieb und sich wegen seines geringen Umfanges oder seines verborgenen Sitzes der objektiven Beobachtung entzog: Demnach gehören diese Fälle der echten Pyämie an und sind nur durch den bei Lebzeiten nicht auffindbaren Herd bemerkenswerth. Bei der zweiten Gruppe blieb

auch nach der anatomischen Untersuchung die Ursache der Erkrankung verborgen — und doch entsprachen die meisten Fälle dem Bilde der akuten oder subakuten Septikämie. Die zweifelhaften oder wenig ausgeprägten Fälle kann man einer dritten Gruppe, Septicopyämie, einreihen.

P. bespricht an der Hand von fünf Krankheitsgeschichten die Symptome der Erkrankung für die verschiedenen Gruppen und kommt, nachdem er die Differentialdiagnosen berücksichtigt hat, zu folgendem Resultate:

Tritt bei einem zuvor ganz gesunden Individuum ein tägliches intermittensähnliches Fieber auf, welches mit Milzschwellung und Verdauungsstörung verbunden ist, ohne dass die physikalische Untersuchung eine lokale Ursache (Empyem, Tuberkulose etc.) aufzufinden vermag und ohne dass antifebrile Mittel, in genügender Quantität und zeitig angewandt, einen bleibenden Erfolg haben, so denke man an das Bestehen:

1) einer sogenannten occulten oder kryptogenetischen Pyämie, vor Allem dann, wenn die Fieberanfälle sehr intensiv sind; sogar das Auftreten von Herpes labialis schließt diese Diagnose nicht aus;

2) einer ulcerösen Endokarditis, wenn die physikalischen Erscheinungen hiermit im Einklang sind,

3) irregulärer Formen von Febris typhoidea;

4) von Syphilis, selbst auch dann, wenn im Momente keine andere Zeichen syphilitischer Bluterkrankung nachzuweisen sind.

Prior (Bonn).

---

317. **Debove.** Recherches sur l'alimentation artificielle, la suralimentation et l'emploi des poudres alimentaires. Untersuchungen über die künstliche Ernährung, die Überernährung und die Anwendung von Nährpulvern.

(L'union méd. 1882. No. 101 u. 102.)

Unter künstlicher Ernährung versteht D. die Ernährung mit der Schlundsonde, unter Überernährung die Zufuhr übergroßer Mengen von Nährstoffen, die allerdings meist auch durch die Schlundsonde geschehen muss. Erstere ist indicirt in allen Krankheiten, in denen Anorexie höheren Grades besteht, da hierdurch nicht allein die Widerstandskraft des Organismus beeinträchtigt wird, sondern auch Komplikationen mit anderen krankhaften Zuständen herbeigeführt werden können; vor Allem wird die Entwickelung der Tuberkulose nach D's. Ansicht durch ungenügende Ernährung sehr begünstigt. Ferner kann man die künstliche Ernährung mit gutem Erfolge bei habituellem, nervösem Erbrechen in Anwendung ziehen; die Thatsache, dass mit der Sonde eingeführte Nahrungsmittel nicht erbrochen werden, während dies bei allen genossenen Speisen der Fall ist, hat D. oft konstatirt, ohne eine Erklärung dafür geben zu können.



Die Überernährung hat D. bei einer Reihe von Phthisikern mit sehr günstigem Erfolg angewandt (s. das Ref. in diesem Centralblatt 1881, p. 614). Er berichtet über 7 Fälle, aus denen er betreffs der Wirkung der Überernährung folgende Schlüsse zieht:

1) die Schweiße lassen nach;
2) der Husten und Auswurf verringern sich und verschwinden:
3) das Körpergewicht nimmt zu;
4) die Kräfte kehren wieder;
5) die physikalischen Symptome modificiren sich; diejenigen, welche sich auf Verdichtungen und Kavernenbildung beziehen, bleiben unverändert, während die katarrhalischen Erscheinungen schwinden.

Die Überernährung passt nach D. nicht für die letzten Stadien der Phthise, für die akuten, rasch verlaufenden Formen (galoppirende Schwindsucht) und diejenigen, bei denen fast das ganze Lungenparenchym erkrankt ist, wohl aber für die Fälle, wo kleinere Abschnitte der Lunge ergriffen sind, mag auch in diesen der Process der Ulceration und Kavernenbildung schon weit vorangeschritten sein. Bei der Autopsie eines Kranken, der interkurrent an allgemeiner purulenter Infektion, ausgehend von einem Prostataabscess, zu Grunde gegangen war, fanden sich die, beide Lungenspitzen einnehmenden Kavernen in der Vernarbung begriffen. Bestehendes Fieber kontraindicirte die Anwendung der Überernährung nicht; stellen sich Diarrhoen ein, so muss Wechsel in der Nahrung eintreten.

D. stellt sich die Wirkung der Überernährung so vor, dass das kräftiger ernährte Lungengewebe dem Fortschreiten des Zerstörungsprocesses energischer widersteht. Wie unzureichende Ernährung zur Schwindsucht Veranlassung geben kann, so beschränkt die Überernährung die phthisischen Processe. Ein Analogon findet er in der mit Erfolg angewandten Methode, von der Phylloxera ergriffene Rebstöcke stärker zu düngen; dadurch werden die Rebläuse nicht getödtet, wohl aber der Stock gegen ihre Zerstörungen widerstandsfähiger gemacht.

D. bedient sich einer Kautschuksonde mit Mandrin, die er in den Ösophagus einführt und dann von den Kranken hinabschlucken lässt. Wenige Tage genügen, um die Patienten so daran zu gewöhnen, dass sie die Einführung selbst besorgen. Bei einiger Vorsicht können keine übeln Folgen eintreten. Die Möglichkeit, dass durch einen, während der Einführung entstehenden Brechakt Partikelchen in die Luftwege gerathen können, darf eben so wenig vor der Anwendung dieses Verfahrens zurückhalten, als dieselbe Möglichkeit die Darreichung von Brechmitteln kontraindicirt.

Die Nährmischung besteht aus Milch, oder wenn diese nicht gut vertragen wird, aus Bouillon mit zwei geschlagenen Eiern und Fleischmehl. Von dem Zusatz gehackten rohen Fleisches ist D. zurückgekommen, weil dadurch Parasiten in den Magen gelangen können, und die Sonde oft verstopft wird. Die Herstellung des Fleischmehls ist folgende: Von Fett und Sehnen gereinigtes Ochsenfleisch wird fein



gehackt, bei einer Temperatur von 90° vollständig getrocknet, im Mörser feingestoßen und durch ein Haarsieb gesiebt. Trocken aufbewahrt hält sich dieses Mehl sehr lange; ein Theil desselben entspricht vier Theilen Fleisch.

Vor der Anwendung muss sich der Arzt stets selbst durch Schmecken und Riechen von der Unverdorbenheit des Präparats überzeugen, da die Patienten von ihrem Geschmackssinn keinen Gebrauch machen können. Das Fleischmehl ist seiner feinvertheilten Beschaffenheit wegen leicht verdaulich; D. beginnt gewöhnlich mit dem Zusatz von 25 g zur Nährmischung, und ist in einzelnen Fällen bis zu 400 g = 1600 g rohen Fleisches gestiegen, ohne dass Verdauungsstörungen eintraten. Statt des Fleischmehls kann man auch feines Mehl von Linsen etc. anwenden.

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt D. die Anwendung seiner Methode auf das Wärmste. **Brockhaus** (Godesberg).

---

318. **Martineau.** Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. Über subkutane Injektionen von ammoniakalischem Quecksilberpepton bei der Behandlung der Syphilis.

(L'union méd. 1882. No. 113.)

Die von M. früher (s. dieses Centralblatt 1881, p. 655) beobachteten günstigen Erfolge der in Rede stehenden Injektionen hat er in weiteren 600 Fällen von Syphilis bestätigt gefunden. Um zu untersuchen, in welcher Weise sich Ernährung und Blutbildung bei seiner Behandlungsmethode verhalten, machte er folgendes Experiment: Nachdem er bei einer Reihe von Syphilitischen, welche ohne jede Behandlung blieben, dem geringfügigen oder fast verschwindenden Einflusse der Hospitalkost auf Menge der Blutkörperchen (die bei diesen Kranken stets hochgradig, oft um mehr als die Hälfte vermindert ist), Körpergewicht und Zusammensetzung des Urins nachgewiesen, wurde ein Theil derselben der subkutanen Behandlung mit ammoniakalischem Quecksilberpepton (= 0,005 g Sublimat pro die) unterworfen, ein anderer Theil erhielt dieselbe Menge des Mittels per os, ein dritter wurde mit grauer Salbe (5 g pro die) eingerieben. Bei der ersten Kategorie fand sich die Zahl der Blutkörperchen schon nach 8 Tagen auf die Norm gestiegen und das Körpergewicht nahm rasch zu, bei der zweiten waren 12—19 Tage, bei der dritten 8—14 Tage nöthig, um gleiche Resultate zu erreichen. War die normale Zahl der Blutkörperchen erreicht, so stieg dieselbe bei fortgesetzter Behandlung nicht mehr. Interkurrent eintretende, besonders fieberhafte Krankheiten hielten die Vermehrung der Blutkörperchen auf.

Verf. rühmt ferner von seiner Methode, dass dieselbe nie zur Quecksilberkachexie führt, weil das Quecksilber rasch durch den Harn



ausgeschieden wird. Da sie die Dauer der Behandlung sehr abkürzt, ist sie für die Hospitalpraxis besonders empfehlenswerth. Nicht anwendbar ist sie bei Neugebornen, Kindern und bei Personen, die an Hyperästhesie der Haut leiden, wie M. zwei Fälle beobachtet hat, wohl aber bei Diabetikern. Die von M. gehegte Besorgnis, dass bei diesen die subkutanen Injektionen zu Abscessen oder Brandschorfbildung Veranlassung geben würden, fand er nicht gerechtfertigt.

Brockhaus (Godesberg).

---

319. **Schech.** Lungen- und Trachealsyphilis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XXXI. Hft. 3 u. 4.)

I. Ein 34jähriger Mann bekam zwei Jahre nach einer syphilitischen Infektion erst Tophi an den Schienbeinen, an den Vorderarmen, dann Husten, Schweiße, Athemnoth, Erstickungsanfälle.

Die Untersuchung ergab eine Narbe an Penis und Präputium, Schwellung der Inguinaldrüsen. Mund- und Rachenhöhle, so wie Kehlkopf intakt, aber Stridor bei In- und Exspiration, inspiratorische Einziehung des Proc. xiphoideus, Dämpfung links hinten neben der Wirbelsäule von der fünften Rippe bis zur achten, verstärkten Stimmfremitus, bronchiales Athmen, grobblasiges Rasseln. Der Auswurf kopiös, nicht fötid. In diesem fand sich einmal ein grauschwarzer Gewebsfetzen von 3 cm Länge und 2—4 mm Breite. Die mikroskopische Untersuchung ergab Bindegewebsfasern von sehr verschiedener Dicke und Länge, theils parallel, theils kreuzweise angeordnet, ferner bald regellos zerstreute, bald kreisförmig verlaufende elastische Fasern, in dem Centrum und Peripherie theils kleine in Fettdegeneration begriffene Rundzellen, theils pigmentirte, fettig degenerirte Alveolarepithelien, feinkörnigen Detritus und Reste von rothen Blutkörperchen.

Unter Jodkalibehandlung bedeutende Besserung, insbesondere schwand die Dämpfung LH gänzlich.

Anfälle von Stenokardie, die von Sch. als durch Myokarditis gummosa hervorgerufen angesehen wurden, verloren sich unter der specifischen Behandlung.

Dass es sich um syphilitische Affektionen gehandelt hatte, zeigten später auftretende Hodenschwellung und ein Gumma der Orbita, die ebenfalls nach Jodkaligebrauch zurückgingen.

II. Ein 35jähriger Mann inficirte sich im Jahre 1870. November 1880 erkrankte er mit Husten, später gesellte sich Kurzathmigkeit und Nachtschweiße hinzu. Wiederholt expektorirte er kleine rundliche, sich derb anfühlende »Fleischwärzchen«, welchen meist etwas Blut anhaftete.

Auch hier fand sich laut pfeifendes In- und Exspirationsgeräusch, aber keine Verdichtungserscheinungen, dagegen weit verbreitetes Rasseln über der rechten Lunge und verlängertes und verschärftes Vesicularathmen an der rechten Spitze.

Mund, Rachenhöhle und Kehlkopf intakt. Unmittelbar über der

Theilungsstelle der Trachea erscheint ihr Lumen verengt durch breit aufsitzende knotige, kreisförmig angeordnete Unebenheiten von dunkelrother Farbe, dieselben setzen sich hauptsächlich in den rechten Bronchus fort, dessen Lumen etwas verzogen erscheint.

Im Auswurf bemerkte Sch. einen kleinen kompakten Körper, dessen mikroskopische Untersuchung ergab: parallel verlaufende und sich kreuzende Bindegewebsfasern mit rundlichen und spindelförmigen Zellen, rothen Blutkörperchen, lymphoiden Zellen mit großen Kernen, elastische Fasern, feinkörnigen Detritus und mehreren größtentheils erhaltenen Lungenalveolen, deren Endothelien entweder keine oder nur sehr unbedeutende Veränderungen erkennen ließen.

Unter Jodkali und einer Einreibungskur mit Ung. hydrarg. ciner. verschwanden die Beschwerden, an Stelle der früheren Tumoren in der Trachea zeigte sich nur noch einfache Röthung der Schleimhaut, weder Substanzverluste noch Narben.

Bei beiden Fällen ist auffallend die Intaktheit des Kehlkopfs, während in den meisten der bisher beschriebenen Fälle derselbe in Mitleidenschaft gezogen war. Im zweiten Falle handelte es sich sicher um Syphilome der Trachea. Die ausgehusteten Gewebstheile stammten unzweifelhaft aus der Lunge, es ist daher bei Verdacht auf Lungensyphilis stets eine genaue Untersuchung der Sputa auf Beimengungen von Gewebstheilen vorzunehmen.

Bei der Amalgamirung von Syphilis und Phthise ist die Mitbetheiligung des Kehlkopfs von größter differentiell-diagnostischer Bedeutung. Aussehen und Sitz der Geschwüre gestatten manchmal, ohne Weiteres zu bestimmen, was auf Rechnung der Lues und was auf Rechnung der Phthise zu setzen ist, wenn tuberkulöse und syphilitische Ulcera neben einander vorhanden sind. Letztere heilen durch antisyphilitische Behandlung, erstere nicht.

Ist der Kehlkopf nicht mit erkrankt, so hängt der Entscheid bei der Frage nach etwaiger Kombination von Lungensyphilis mit Phthise einzig und allein von der Therapie ab.

Seifert (Würzburg).

---

320. **Neumann** (Wien). Über Syphilis des Gehirns.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 34 u. 35.)

N. berichtet über vier Fälle von Syphilis, bei denen neben anderweitigen Symptomen von Lues auch solche vorhanden waren, aus denen mit Bestimmtheit auf eine luetische Erkrankung des Centralnervensystems geschlossen werden konnte.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 32jährige verheirathete Pat., die seit Jahresfrist an epileptischen Anfällen leidet, welche namentlich in der letzten Zeit an Häufigkeit und Intensität sich steigerten, zu denen sich aber im weiteren Verlaufe Störungen der Intelligenz, so wie excitirte und deprimirte Gemüthsstimmung hinzugesellten, also vorwiegend solche Symptome, welche Ernährungsstörungen in der



Rindensubstanz des Gehirns annehmen lassen. Als ferneres Symptom der Syphilis war außer dem Umstande, dass Pat. vor einiger Zeit ein todtes Mädchen geboren, noch eine syphilitische Erosion an der Mundlippe beobachtet. Alle Erscheinungen wichen rasch einer antisyphilitischen Behandlung.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 26jähriges Mädchen, das wegen gummöser Geschwüre am Unterschenkel behandelt, nach dreimonatlichem Spitalaufenthalt ohne vorhergehende Veranlassung tonische und klonische, vorwiegend auf die linke Gesichts- und Körperhälfte beschränkte Krampfanfälle nebst Verlust des Bewusstseins darbot, nach Rückkehr des Bewusstseins in religiöse Manie verfiel. Auch hier erzielte antisyphilitische Behandlung rasche Heilung.

Im dritten Falle ist eine zunächst auftretende linksseitige von Aphasie begleitete, dann rechtsseitige Hemiplegie, wie die Sektion ergiebt, durch Erweichung der Ganglien in Folge von Obliteration der beiden Art. fossae Sylvii. Mehrfache Periostitiden, gummöse Verschwärungen, so wie der, wenn auch nicht dauernde Erfolg der antisyphilitischen Behandlung sprechen eben so, wie die anatomische Untersuchung der Gefäße, für den luetischen Ursprung der Veränderungen.

Im vierten Fall handelte es sich um einen 34jährigen Mann, der neben gummösen Zerstörungen und Wucherungen am Gaumen, Symptome von Ataxie, Koordinationsstörungen des rechten Beines, Parästhesie im rechten Hypochondrium darbietet. Auch in diesem Falle berechtigte die durch antisyphilitische Behandlung erzielte Besserung zur Annahme, dass die nervösen Symptome durch Syphilis bedingt waren.

Seifert (Würzburg).

---

321. **Klaar** (Wien). Zwei Fälle von Ösophagusperforation.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 34 u. 35.)

I. Fall. Ein Mädchen von 32 Jahren verschluckte ein Knochenstück und verspürte gleich nachher heftige Schmerzen, so dass es sich vor jeder Schlingbewegung fürchtete. Am anderen Tage kam zur Weiterbeförderung des Knockenstücks der Schlundstoßer zur Anwendung. Gleich darauf heftige Schmerzen in der linken Brusthälfte. die am tiefen Einathmen hinderten. Am folgenden Tage wurde im Spitale ein linksseitiger Pneumothorax konstatirt, der nach weiteren drei Tagen zum tödlichen Ausgang führte.

Die Sektion ergab: Perforation des Ösophagus 6 cm unterhalb seines oberen Endes an der linken Wand durch eine Hälfte der Furcula eines Huhnes; konsekutive eiterige Pleuritis mit Beimengung von Luft und braungelben Ingestis zum Exsudat.

Eine rationelle Untersuchung mit Hilfe des Kehlkopfspiegels und vorsichtige Manipulation, vielleicht mit einer gekrümmten Kornzange, hätte die Herausbeförderung des Knochens bewerkstelligen und die Kranke retten können.



II. Fall. Ein 41jähriger Mann leidet seit 14 Tagen an häufigen kardialgischen Anfällen. Er war auf einem öffentlichen Platze unter profuser Blutung aus Mund und Nase niedergestürzt und ins Spital gebracht worden. Die Frau des Pat. gab an, dass ihr Mann vor 14 Tagen beim Verzehren einer Wurst ein in dieser befindliches Hölzchen verschluckt und seit dieser Zeit über die oben erwähnten Beschwerden geklagt habe. An den zwei folgenden Tagen nochmals blutiges Erbrechen und unter tiefem Coma der tödliche Ausgang.

Bei der Sektion fand sich in der Höhe der Bifurkationsstelle der Trachea quer gelagert ein 3,9 cm langer, 4 mm im Durchmesser haltender, beiderseits mit Bruchenden versehener Holzspan, der nach beiden Seiten hin die Wand des Ösophagus durchbohrt hatte. Durch das linke Ende war eine länglich-runde, 1,7 cm im längeren Durchmesser haltende Lücke gesetzt, welche in das Anfangsstück der Aorta thoracica führte. Die Aorta war durch eine 3 mm lange kaum $1/2$ mm breite Öffnung perforirt und dadurch eine Kommunikation zwischen Ösophagus und Aorta hergestellt.

Seifert (Würzburg).

---

322. **Benzan** (Buccari). Über die locale Behandlung der Diphtheritis mit Jodoform.

(Wiener medic. Wochenschrift 1882. No. 34.)

Bei sechs schweren Fällen von Diphtheritis wandte B. das Jodoform lokal an, das Resultat der Behandlung war ein günstiges.

Das Jodoform wurde mittels eines Borstenpinsels auf die diphtheritischen Membranen aufgetragen und zwar so leise, dass das Pulver ohne den Pinsel nass zu machen von der Feuchtigkeit der Membranen angezogen an denselben haften blieb.

Im Beginn der Erkrankung wurde die Manipulation jede 2. Stunde vorgenommen. Als die diphtheritischen Membranen abgegrenzt blieben, betupfte B. die Auflagerungen 6—9mal (hinter einander?) und so lange, bis sie sich ablösten und die Schleimhaut ihr normales Aussehen bekam, was in 10—15 Tagen geschah.

Seifert (Würzburg).

---

323. **Gerhardt.** Pulsirender Milztumor.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. IV. Hft. 3.)

Ein 27jähriger Schmied wurde in die Berliner Klinik aufgenommen, welcher gleichzeitig an Insufficienz der Aortenklappen und Intermittens litt. Die Insufficienz, wahrscheinlich entstanden durch vorausgegangenen Gelenkrheumatismus, war gut kompensirt, zeigte unter Anderem Doppelton der Cruralarterie und an künstlich durch Reiben gerötheten Hautstellen deutlichen Kapillarpuls. Die Intermittens von tertiärem Rhythmus war der Grund der Aufnahme. Bei der



Betastung der Milzgeschwulst fand sich deutliche Pulsation vor, d. h. der harte Tumor schwoll bei jeder Herzsystole, sich allseitig ausdehnend, stärker an und verkleinerte sich mit der Diastole wieder. Man hörte über dem Tumor einen dumpfen Doppelton, nur am oberen Rande Herzgeräusche. Da man die Spitze der Milz mit den Fingern umfassen konnte, war es leicht zu konstatiren, dass es sich nicht um Verschiebung der Milz durch die Herzbewegung, sondern um wirkliche systolische Anschwellung des Organes handelte.

Weiterhin kamen zwei Kranke zur Behandlung, die neben gut kompensirter Aorteninsufficienz, an fieberhaften Krankheiten und zwar beide an Perikarditis, litten. Während der Fieberperiode schwoll die Milz an, stärker als sonst bei gleichem Fieber; sie wurde vor dem Rippenbogen fühlbar und pulsirte deutlich, wenn auch schwächer als in dem ersten Falle.

Die Erklärung für das Entstehen dieser pulsirenden Milztumoren haben wir in den abnormen Blutdruckverhältnissen der Aorteninsufficienz und in der fieberhaften Erschlaffung der Gefäßwandungen zu suchen. **Prior** (Bonn).

---

324. **O. Veit.** Über einen Fall von Melaena neonatorum.

(Protokolle der Verhandlungen des Vereins für innere Medicin.)
(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. IV. Hft. 3. p. 471.)

Bei einem normalen kräftigen Kinde von 7 Wochen bemerkten die Eltern ein häufiges Drängen und Stöhnen, ohne dass die Untersuchung etwas Krankhaftes ergeben hätte. Namentlich der Leib war weich und nicht aufgetrieben. Am zweiten Tage erwachte das Kind Morgens mit einem furchtbaren, weithin hörbaren Schrei, das Kind röchelte nach Aussage der Mutter. Eine Stunde nachher fand V. besonders auffallend, dass die Kiefern so fest auf einander gestellt worden waren, dass es nur mit Mühe gelang, einen Finger zwischen dieselben zu bringen. Das Kind stöhnte und schrie mehr oder minder weiter. Tagsüber wurden kleine Dosen Ricinusöl verabreicht. Am Abend war das Kind anscheinend gebessert, es schlief $3^1/_2$ Stunden lang, wenn auch nicht ganz so ruhig wie sonst, der Leib war ganz weich, die Erscheinungen der Kieferklemme bestanden weiter. Am andern Morgen floss dem Kinde ein dunkelgefärbter bräunlicher Schleim aus dem Munde. V. schloss auf ein Geschwür des Magens oder in dem obern Theil des Darmes. Der Stuhlgang war nicht blutig, sondern gelbgrün. Der Leib war bis zum Tode am Abend nicht aufgetrieben.

Bei der Sektion fiel bei Eröffnung des Abdomen die dunkelbläuliche Färbung des Magens und eines großen Theiles des Darmes auf; Peritonitis war nicht vorhanden. Der ziemlich reichliche Mageninhalt war bräunlich, kaffeesatzähnlich, die Magenwandungen waren intakt. Im Duodenum fand sich ein Blutcoagulum, halb so groß wie



eine Walnuss und als Erklärung im obern horizontalen Theile des Duodenum zwei zwanzigpfennigstückgroße Geschwüre, welche bis zur Serosa vorgedrungen waren, ohne sie zu perforiren. In tieferen Theilen des Duodenum und in den oberen Abschnitten des Ileum war viel Blutflüssigkeit, im untern Theil des Dünndarm, im Dickdarm nichts. Bemerkenswerth ist noch die Schwellung der Mesenterialdrüsen.

Auffallend bleibt immerhin, dass keine eigentlichen Darmblutungen nach außen entleert wurden; kurz vor dem Tode war der Stuhl noch ganz gelb. **Prior** (Bonn).

---

325. **H. Huchard.** De la caféine dans les affections du coeur. Das Koffeïn bei Herzkrankheiten.

(Bull. gén. de thérap. 1882. Bd. CIII. p. 145.)

Das Resultat seiner Untersuchungen über den Werth des Koffeïn bei den Erkrankungen des Herzens fasst H. dahin zusammen, dass in gewissen Fällen das Koffeïn vor der Digitalis Vorzüge verschiedener Art besitzt. Einmal tritt nach der Aufnahme von Koffeïn sehr bald Diurese ein, H. sah dieselbe fast regelmäßig innerhalb 12 bis 24 Stunden nach der Einführung des Alkaloides, er findet darin einen wesentlichen Vortheil besonders für schwere, mit dem nahenden Ende drohende Fälle. Außerdem, dass die Koffeïndiurese schneller sich entwickelt, wie die nach Digitalisgebrauch auftretende, unterscheidet sie sich ferner noch dadurch von der Digitalisdiurese, dass sie nur in seltenen Fällen letztere hinsichtlich der Quantität erreicht. Mehr wie 3 bis 4 Liter Harn per Tag wurden unter dem Gebrauche des Koffeïn nie ausgeschieden.

In Folge der leichten und raschen Ausscheidung des Koffeïn aus dem Organismus kommt es nie zu den, bei längerem Verbrauch von Digitalis so lästigen oder gar bedenklichen Erscheinungen cumulativer Wirkung. Eben so fehlen beim Koffeïn die bei Digitalis beobachteten üblen Symptome von Seiten des Magens. Letztere treten beim Koffeïngebrauch nur dann auf, wenn es sich um gleichzeitig bestehende pathologische Zustände der Leber, besonders Cirrhosis, handelt. In den Fällen von fettiger Degeneration des Herzmuskels, bei denen Digitalis unter Umständen direkt schädlich wirken kann, lassen sich durch Koffeïn noch effektive Erfolge erzielen.

Als Beweis dafür, dass das Koffeïn ein »Herzmittel« ist, führt H. den Umstand an, dass die Ausscheidung des Eiweißes durch den Harn in den Fällen von Albuminurie, die nicht mit einer Herzaffektion in direkter Beziehung stehen, durch Koffeïn nicht verringert wird, wohl aber, wenn das Gegentheil der Fall ist. Die diuretische Wirkung des Koffeïn ist ferner nahezu gleich Null, wenn es sich um Erkrankung von Leber oder Nieren handelt, besteht aber in der That bei fast allen Herzaffektionen.



Der Grund, wesshalb bis jetzt die genannten günstigen Wirkungen des Koffeïn nicht zu einer weiteren Beobachtung gelangt sind, liegt nach H. darin, dass die Dosen zu gering gewählt wurden. Er beginnt mit 0,25—0,50 g, steigt dann rasch auf 0,50—0,75 g und von da höher bis zu 1,0, 2,0 ja selbst bis auf 3,0 g. Diese letztere hohe Dosis fand H. indess nur selten nothwendig. Um den Organismus fortgesetzt unter dem Einfluss des Koffeïn zu erhalten (H. wendet nur das reine Alkaloid, nicht dessen Salze an), muss die Dosirung so gestellt werden, dass der Kranke 3 bis 4mal im Tage Koffeïn erhält.

Zum Schlusse erwähnt H. auch noch die Möglichkeit, in dazu geeigneten Fällen, mit Hilfe der subkutanen Injektion eine prompte und rasche Koffeïnwirkung erhalten zu können.

H. Schulz (Bonn).

Litterarische Neuigkeiten.

Churchill & Co., London.

Buzzard, T., Clinical lectures on diseases of the nervous system. 8°. 15 sh.

Kimpton, London.

Robinson, T., The etiology, pathology, and treatment of baldness and greyness. 8°. 2 sh. 6 d.

Smith, Elder & Co., London.

Norris, R., The physiology and pathology of the blood. 8°. 21 sh.

Tidy, C. M., Legal medicine. Part. I. 8°. 25 sh.

Lewis, London.

Bennet, A. H., A practical treatise on electro-diagnosis in diseases of the nervous system. 8°. 8 sh. 6 d.

Piette, Charleroi.

Boëns, H., La vaccine au point de vue historique et scientifique. 8°. 10 Fr.

Baillière & Cie., Paris.

Cornil et **Ranvier,** Manuel d'histologie pathologique. 2e éd. Tome II. Fasc. 1. 8°. 7 Fr.

Doin, Paris.

Dujardin-Beaumetz, Dictionnaire de thérapeutique. Fasc. II. 4°. 5 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.



Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben

von

Dr. H. Rühle, und **Dr. D. Finkler,**

Prof. u. Direktor d. med. Klinik in Bonn. a.-o. Professor in Bonn.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 24. Sonnabend, den 23. September. 1882.

Ein Fall von diffusem, persistirendem Pneumothorax.

Eine kasuistische Mittheilung nebst epikritischen Bemerkungen

von

H. J. Vetlesen,

praktischer Arzt in Wamor, Norwegen.

(Abhandlung in: Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1882. Hft. 9.)

Fräulein N. N., 18 Jahre alt, seit dem 15. Juli 1881 in meiner Behandlung. Ich habe notirt: »Als Kind Skrofulose, wonach Reste als Glandelpackete unter beiden Maxillen. Der Vater an Schwindsucht gestorben. Seit ein paar Monaten Husten, Abmagerung, nächtlicher Schweiß, Stechen in der linken Brust; seit 4 Monaten Aufhören der Menses. Physikalisch: Die beiden Fossae supraclaviculares eingesunken, kurzer Perkussionsschall eben daselbst, übrigens keine Abnormitäten.« Nach Behandlung einige Besserung, aber doch

wechselnder Zustand. Im August wurden in der linken Lungenspitze einzelne trockene, knarrende Blasen wahrgenommen, welche jedoch im Laufe des folgenden Monats wieder geschwunden waren.

Den 7. Oktober stellte sich plötzlich bei etwas starkem Vorwärtsbeugen des Körpers während der Morgentoilette sehr heftiges Seitenstechen in der linken Brust und Dyspnoe ein. Bei Untersuchung charakteristische physikalische Zeichen eines diffusen linksseitigen Pneumothorax: Hervorwölbung der linken Brusthälfte im oberen Abschnitt, Verstrichensein der Interkostalfurchen, hypersonorer Perkussionsschall, fehlende Herzdämpfung auf der linken Seite (dagegen rechts vom Sternum mit Impulsen über der Insertion des 5. rechten Rippenknorpels), kein Vesiculärathmen, vorn schwächeres, an der Rückwand lautes amphorisches Athmen.

Diese physikalischen Verhältnisse blieben unverändert. Es folgte keine pleuritische Effusion, keine Fieberbewegungen. Im subjektiven Befinden trat schon nach acht Tagen eine relative Euphorie ein. Es gab fast keinen Husten, keine Cyanose; die Respirationsfrequenz sank bis auf 24. Die Verhältnisse wurden durch eine alltägliche physikalische Untersuchung kontrollirt.

Am 20. Oktober wurde ich von einem früher nicht beobachteten Symptome frappirt; es ließ sich nämlich schon in einer Entfernung von mehreren Fuß ein eigenthümliches, trockenes, schluckendes oder knisterndes Geräusch in der Trachea hören, gleichwie von der Umgebung des Jugulums ausgehend und aus dem Munde hervortönend. Es begleitete jede Respiration, jedoch nur gegen Ende der Inspiration (am deutlichsten) und Exspiration. Dieses Geräusch wurde diesen so wie die drei folgenden Tage ohne Unterbrechung wahrgenommen und war der Kranken sehr quälend.

Den 24. Oktober bei meiner Morgenvisite war es verschwunden um sich in der Folge nicht mehr hören zu lassen. Die Pat. hatte zu ihrer Erleichterung bemerkt, dass es am vorigen Abend nachgelassen habe. Die physikalischen Verhältnisse waren den 24. dieselben wie früher, jedoch mit der Änderung, dass das vorherige starke amphorische Athmen durch einen sehr fernen, schwach hörbaren metallischen »Hauch« ersetzt war. Im Folgenden wie zuvor anhaltend kein Vesiculärathmen — auch keine Pleuritis —, ab und an schwache metallische Geräusche, voller hypersonorer Perkussionsschall, Verdrängung des Herzens mit Impulsen dicht an der Insertion des 5. oder 6. Cortic. costal. dextra.

Vom 19. November an konnte die Kranke das Bett verlassen, befand sich fortwährend subjektiv wohl. Ein paar interkurrirende Erkältungen im Laufe des Winters wurden mit Leichtigkeit durchgemacht.

Die Pat. hat sich auch 1882 des Genusse voller Euphorie freuen können, und ich finde jetzt gegen Ende Mai die physikalischen Verhältnisse ganz unverändert. Die linke Pleurahöhle völlig mit Luft gefüllt, das Herz rechts vom Sternum dislocirt. In den letz-



ten Monaten hat sich zugleich in der Dorsalregion eine leichte nach links konkave Skoliose entwickelt; etwas höherer Stand der Scapula sinistra. In der rechten Lunge kann nichts Abnormes entdeckt werden; die Pat. hustet nie, schläft gut, hat einen guten Appetit, ist seit Ende Januar regelmäßig menstruirt gewesen. Die einzige subjektive Beschwerde ist eine leicht sich einstellende Dyspnoe bei vielem Sprechen.

Der Fall bietet ein mehrseitiges Interesse dar. Die Pathogenese ist wohl ziemlich klar. Die linke Lunge ist der Sitz eines das Gesammtbefinden schon stark kompromittirenden, physikalisch aber noch wenig hervortretenden tuberkulösen Processes gewesen. Durch die Perforation einer kleinen oberflächlich gelegenen Kaverne hat sich ein charakteristischer diffuser Pneumothorax entwickelt. Dass dieser im hier besprochenen Falle von keinen reaktiven Symptomen, keinem pleuritischen Ergusse und somit auch keinem Fieber begleitet war, befremdet uns jetzt nicht.

Die Litteratur hat mehrere analoge Beispiele, und besonders findet sich im »Nord. medic. Archiv«, 1877. Bd. IX, No. 11 ein von Dr. med. Ed. Büll geschilderter sehr interessanter Fall eines bei demselben Pat. viermal zurückkehrenden und jedes Mal geheilten diffusen Pneumothorax ohne Exsudatbildung. Die Pathogenese war allerdings in Dr. B.'s Fall eine andere, indem der Pneumothorax sehr wahrscheinlich durch Ruptur emphysematisch erweiterter Lungenbläschen entstanden war. Der gegenwärtige Fall bestätigt die früher bekannte Thatsache, dass hier wie dort kein pleuritisches Exsudat folgt, wenn nur reine Luft in die Pleurahöhle ausgetreten ist.

Eine größere Merkwürdigkeit ist die Persistenz des Pneumothorax so lange Zeit hindurch ohne die geringste Andeutung irgend einer Tendenz zu Resorption der in dem Pleurasacke eingeschlossenen Luft, und das Permanentwerden so irregulärer Verhältnisse wie eine in ihrer Totalität luftgefüllte Pleurahöhle mit Kompression und wahrscheinlich Verödung der betreffenden Lunge und kompleter Transplantation des Herzens. Die »Permanenz« erstreckt sich bisher zwar nur über 7 Monate und ist somit cum grano salis zu verstehen, ist aber doch gewiss sehr bemerkenswerth. Es ist auch klinisch interessant, dass die Kranke die ganze Zeit hindurch sich so wohl befunden hat und fortwährend befindet. Im Verhältnis zu dem Zustande der Pat. vor dem Eintreten des Pneumothorax scheint sogar diese sonst so verhängnisvolle Katastrophe hier als ein relativ salutärer Vorgang bezeichnet werden zu können, eine Art von Naturheilung des tuberkulösen Processes. Auch dergleichen ist ja nicht ohne Analogien. Dass die Prognose nichtsdestoweniger mit Vorbehalt zu stellen ist, versteht sich von selbst. Von den einzelnen Symptomen verdient besonders eines hervorgehoben zu werden, und zwar das oben in der Krankengeschichte erwähnte akustische Phänomen, das von mir als »schluckend oder knisternd« bezeichnete Geräusch in der Trachea, welches 4 Tage hindurch die Respiration

begleitete. Dieses Symptom ist, so viel mir bekannt, nur einmal früher beobachtet und beschrieben worden, und zwar eben von Dr. med. Ed. Bull in seiner oben citirten Mittheilung im »Nord. medic. Archiv«.

B. hat dieses Geräusch vielleicht recht treffend als »knirrend oder krepitirend« bezeichnet; es ist nicht leicht, für dieses eigenthümliche trockene Geräusch eine zutreffende Bezeichnung zu finden. Das Phänomen ist zweifelsohne in B.'s wie in meinem Falle eins und dasselbe. Indessen, während B. in seinem Falle mit nachfolgenden Recidiven es nur einmal, als die Zeichen des Pneumothorax weniger ausgesprochen waren und der Verlauf schneller, vermisste, es übrigens aber jedes Mal und zum Theil längere Zeit hindurch beobachtete, wurde es in meinem Falle nur vier Tage beobachtet und zwar nicht gleich anfänglich (obgleich die Zeichen des Pneumothorax diffusi vom ersten Anfang völlig entwickelt waren), sondern erst nach einem 14tägigen Bestehen.

B. giebt keine bestimmte Deutung des Geräusches an, sondern sagt, dass es in irgend einem Verhältnis zum Pneumothorax und besonders in einer gewissen Relation zur Menge der ausgetretenen Luft zu stehen scheint, da es in einem weniger ausgesprochenen Recidive vermisst wurde.

Ich kann auch keine bestimmte Erklärung aufstellen, will aber ein paar Momente hervorheben, die, wie mir scheint, zur Lösung der Frage von Belang sein können. B. sagt jedes Mal, dass das Geräusch nur während der Inspiration gehört wurde. In meinem Falle wurde es (wie oben dargestellt) gegen Ende jeder Inspiration — und zwar am deutlichsten — so wie auch gegen Ende jeder Exspiration gehört. Es tönte gleich wie von der Trachea aus dem Munde hervor und imponirte als das Geräusch berstender und sich immer von Neuem bildender Blasen oder das einer etwas klebrigen klappenartigen Öffnung, die abwechselnd geöffnet und geschlossen wurde. Ich konnte nicht umhin an die Perforationsöffnung in der Lunge zu denken.

Ich versuchte mir den Vorgang folgendermaßen zu veranschaulichen: Die Perforationslücke in der Pleura ist in den ersten vierzehn Tagen obwohl klein so doch stetig offen geblieben und hat der athmosphärischen Luft der Bronchien freien Eintritt in die Pleurahöhle gestattet und eben so freien Austritt. Allmählich hat sich die Perforationsstelle zusammengezogen, und die Pleura pulmonalis hat während ihres Reparationsbestrebens nach und nach eine ventilartige Klappe gebildet, die nur gegen Ende der Inspiration dem Drucke nachgegeben und die Luft unter einem knisternden Klappenspiele hindurchgelassen hat um wiederum gegen Ende der Exspiration sich deckend über die Öffnung unter Wiederholung desselben Klappenspieles zu legen. Im Laufe der vier Tage, während welcher das Geräusch gehört wurde, ist dann die Agglutinationsarbeit beendigt und die Ventilöffnung hat sich permanent geschlossen. Trotz



dem persistirenden Pneumothorax hat das Geräusch sich später nicht mehr bilden können.

Eine Bestätigung dieser Vermuthung scheint mir ferner darin liegen zu können, dass der auskultatorische Befund eben an demjenigen Tage, als das Geräusch verschwunden, wesentlich geändert war, und zwar dermaßen, dass das früher täglich beobachtete, besonders hinten laute amphorische Athmen durch einen sehr fernen nur mit Aufwand großer Aufmerksamkeit hörbaren metallischen Hauch ersetzt war. Auch dies konnte also gedeutet werden, dass jetzt nicht mehr Luft in die Pleurahöhle hineinströmte, weil die Perforationsöffnung nicht weiter existirte.

Diese Erklärung bleibt ja nur eine Hypothese, vielleicht eine gewagte. Um sie zu bestätigen oder aber zu stürzen, wäre es von Interesse gewesen Analysen der in der Pleurahöhle enthaltenen Luft vorgenommen zu haben. Dazu bin ich indessen nicht im Stande gewesen.

---

326. **G. ter Meulen** (Amsterdam). Zum Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Sehnenreflexe der paretischen Seite bei cerebraler Hemiplegie.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. V. p. 89.)

I. Die allgemein bekannte Thatsache der erhöhten Reflexerregbarkeit bei Fröschen und Säugethieren nach Durchschneidung des Gehirns und Rückenmarks, so wie die damit übereinstimmende Beobachtung Robin's an einem enthaupteten Menschen, legen die Vermuthung nahe, dass man nach Gehirnblutung auf der paretischen Seite dieselben Erscheinungen wie beim Enthaupteten beobachten würde, wie jene bedingt durch Ausfall der reflexhemmenden Centren. Die Litteraturangaben stimmen für das Verhalten der Reflexerregbarkeit darin überein, dass eine Erhöhung desselben während des apoplektischen Insultes nie beobachtet wurde, während dieselben über das Verhalten der Reflexerregbarkeit nach dem apoplektischen Insulte große Verschiedenheit zeigen, indem von einigen Autoren eine erhöhte, von andern eine verminderte Reflexerregbarkeit beobachtet wurde; eine Verschiedenheit, die erst in letzterer Zeit durch Goltz u. A. eine gewisse Aufklärung erfahren hat (vgl. das Original).

Sehr wichtig für das Verhalten der Reflexerregbarkeit nach Apoplexie ist die Dauer der Krankheit, der bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde; — außer von Nothnagel, dessen Angaben hierüber dahin lauten, dass einige Monate oder mehr vorübergehen müssen, bis alle temporären Symptome verschwunden sind.

M. stellte sich zur Aufgabe, die Richtigkeit der Angaben Nothnagel's u. A. durch eigene Beobachtungen zu prüfen und ferner für den Patellarsehnenreflex eine Vergleichung der Intensität der Erregbarkeit an der paretischen Seite mit derjenigen der gesunden Seite anzustellen.



Die zu den Untersuchungen herangezogenen Fälle lassen sich nach der klinischen Diagnose in folgende Gruppen anordnen:

A. Fälle, wo einmalige Gehirnblutung stattfand.

B. Wo entweder wiederholte Gehirnblutungen stattfanden, oder die Symptome auf andere, komplicirtere Erscheinungen hinweisen.

C. Wo gewiss nicht eine Gehirnblutung als Ursache der Hemiplegie angenommen werden kann, sondern wo zweifelsohne eine Gehirnläsion stattgefunden hat.

Nach der Dauer der Krankheit ergeben sich folgende Gruppen: a) kürzer als 1 Monat; b) kürzer als 1 Jahr; c) länger als 1 Jahr (in einem 5 Jahre).

Als Resultat der Untersuchungen ergab sich:

1) Kurze Zeit nach einer einmaligen Gehirnläsion Fußsohlen- und Cremastorenreflexe auf der paretischen Seite verringert, längere Zeit (2 Monate) nachher erhöht (noch später wahrscheinlich keine Differenz mehr).

2) Klopf- und Patellarsehnenreflexe kurze Zeit (kürzer als 1 Monat) nach einer Gehirnläsion wenig, längere Zeit (2—7 Monate) nachher sehr erhöht. (Später Differenz vielleicht aufgehoben.)

3) Die Differenzen in der Reflexerregbarkeit der beiden Seiten treten am deutlichsten hervor bei einmaliger Gehirnläsion, fehlen dagegen öfters bei mehrmaligen Insulten und komplicirten Fällen.

II. Im zweiten Theil seiner Arbeit versucht es M., für den Patellarsehnenreflex die sich auf beiden Seiten darbietenden Differenzen in Zahlen und Maßen auszudrücken.

Dabei wurde sowohl die Reflexgeschwindigkeit (die Zeitdauer, welche vom Augenblick der Reizung bis zum Eintritt der Zuckung vergeht), wie auch die Intensität der Muskelkontraktion berücksichtigt.

Betreffs der dabei angewandten graphischen Methode und der Versuchsanordnung, so wie der Versuchstabellen muss aufs Original verwiesen werden.

Bezüglich der Reflexgeschwindigkeit ergaben die Versuche: dass in der Mehrzahl der Fälle von Hemiplegie, welche noch nicht zu lange gedauert haben, die Sehnenreflexe auf der paretischen Seite rascher entstehen als auf der gesunden. Einige Ausnahmen hiervon sucht Verf. au der Hand von Kontrollversuchen mit einer herabgesetzten elektromuskulären Kontraktilität und verringerten Leitungsfähigkeit der Muskeln in erklärenden Zusammenhang zu bringen.

Bezüglich der Reflexintensität waren die Versuche so angeordnet, dass aus den Kurven folgende Einzelheiten beurtheilt werden konnten:

1) Die Anzahl der Kontraktionen nach einem einzelnen Schlage auf das Lig. Patellae; 2) die Dauer jeder Kontraktion oder der gegesammten Kontraktionen; 3) die Größe und 4) die Form der Kurve.

Das Resultat dieser Versuchsreihe war, dass die erhöhte reflek-



torische Erregbarkeit der paretischen Seite bei den Sehnenreflexen angedeutet wird: 1) durch eine größere Anzahl der Muskelkontraktionen, welche nach einem einmaligen Reize erfolgen; 2) durch längere Dauer und 3) durch eine größere Intensität der Kontraktionen.

Engesser (Freiburg i/B.).

---

327. **Bernhardt.** Abnorme elektrische Erregbarkeitsverhältnisse in einem Falle von (progressiver) Muskelatrophie.

(Zeitschrift für klinische Medicin 1882. Bd. V. p. 127.)

Ein 15jähriger Schlosserlehrling, der häufig schwere Dinge besonders mit dem linken Arm tragen musste, erkrankte unter den Erscheinungen von Innervations- und trophischen Störungen der linken Hand und Vorderarms (besonders der Ulnarseite), welche als der Ausdruck einer beginnenden progressiven Muskelatrophie aufgefasst werden konnten. — Dabei war gleich Anfangs das quantitative und qualitative elektrische Verhalten des linken Ulnaris, gegenüber der Radialis und des rechten Ulnaris auffallend. Gegen den Induktionsstrom reagirte derselbe gleich, oder etwas früher als die übrigen Nerven, eben so verhielt sich die direkte Muskelerregbarkeit in dessen Innervationsgebiet. Gegen den konstanten Strom zeigt der linke Ulnaris (gegenüber dem rechten) erhöhte indirekte Erregbarkeit; dabei Veränderung der Zuckungsformel, deren einzelne Glieder nach der Stromstärke geordnet in folgender Reihenfolge auftraten: Anode$_z$ KaO_z KaS_z AnO_z.

Die Zuckungen verliefen kurz und blitzartig. Die Reizungserfolge bei Erregung des rechten Ulnaris waren durchaus normale.

Anders war das Verhalten der linksseitigen Mm. interossei: die faradische Erregbarkeit erheblich vermindert, gegen den konstanten Strom Erregbarkeit ebenfalls herabgesetzt. Öffnungszuckungen gar keine mehr zu erzielen. KaS_z stets etwas früher auftretend als AnS_z. Im Verlauf von Monaten verwischte sich der abnorme Typus der Reaktionen. Weiterhin wurde sogar »Lückenreaktion« beobachtet, indem im Laufe der Untersuchung besonders die AnO_z bei direkter wie indirekter Reizung zeitweilig ausfiel um alsbald wieder deutlich hervorzutreten.

Verf. erwähnt dann noch einiger einschlägiger Litteraturangaben, denen er den vorliegenden Fall anschließt, ohne zunächst auf eine Erklärung dieser abnormen Erscheinungen sich einzulassen.

Engesser (Freiburg i/B.).

---

328. **R. Koch** (Berlin). Über die Ätiologie der Tuberkulose.

(Verhandlungen des Kongresses für innere Medicin. Erster Kongress.)
Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1882.

Bei seinen bekannten Untersuchungen über die Ätiologie der Tuberkulose ging K. von dem Gedanken aus, den Nachweis

der spec. Parasiten zu liefern, deren Isolirung zu erreichen und erfolgreiche Verimpfung zu erzielen. Zunächst bediente sich K. der bereits bewährten Untersuchungsmethoden, die sich hauptsächlich auf dem Gebiet der Farbenreaktion bewegen. Die beste derartige Methode rührt von Weigert her und führt den Namen Kernfärbungsverfahren. Man kann mit demselben fast alle Mikroparasiten der Untersuchung zugänglich machen. Bei der Tuberkulose erhielt K. sowohl wie Andere nur negative Resultate. K. fand aber bei seinen Versuchen Andeutungen, dass eine Änderung in der Reaktion der Farblösung, die man gewöhnlich in neutralem oder selbst in saurem Zustand benutzte, auch ein anderes Färbungsresultat hatte. Machte man die Farblösung alkalisch, so erschienen bis dahin nicht gesehene Dinge. Unter den bekannten Anilinfarben verträgt das Methylenblau den stärksten Zusatz von Ammoniak, Natron oder Kali; dieses suchte sich K. aus als Farbstoff. Der Methylenblaulösung wird möglichst viel Kalilösung hinzugesetzt, es darf jedoch nicht zur Bildung eines Niederschlages kommen. Als Objekte bediente sich K. nur in Alkohol gehärteter Gewebsstücke. Die Schnitte erscheinen fast schwarzblau und stark überfärbt. Weiterhin benutzte K. den eigenthümlichen Umstand, dass gewisse Anilinfarben sich gegenseitig verdrängen können; nimmt er z. B. eine wässerige Lösung von Vesuvin und behandelte mit dieser die in Methylenblaulösung gefärbten Objekte, so verdrängte das Vesuvin in wenigen Minuten das Methylenblau und färbt das Objekt braun; wenn aber darauf in gewöhnlicher Weise die Schnitte in Alkohol entwässert und in Nelkenöl aufgehellt, untersucht werden, so findet man nicht Alles braun gefärbt. Man erhält die Zellenkerne und alle ihre Zerfallsprodukte schön braun, aber die der Tuberkulose eigenthümlichen Parasiten haben ihre blaue Farbe in sehr auffallender Weise beibehalten.

Nach dem Princip K.'s verfuhr auch Ehrlich und entdeckte ausgezeichnete Färbungsmittel nicht nur mit Methylenblau, sondern auch mit andern Anilinfarben z. B. Fuchsin, Gentianaviolett. K. benutzt die Verschiedenheit in dem Färbungsvermögen der Tuberkelbakterien und der thierischen Gewebe als ein ganz bestimmtes und sicheres Kennzeichen und fasst sie gewissermaßen als eine chemische Reaktion auf, so dass kein Irrthum möglich ist, wenn wir in einem Untersuchungsobjekt bei dieser Färbemethode blaue Bakterien erhalten, welche die Form der Tuberkelbakterien haben. Die gleiche Eigenschaft zeigen die Leprabacillen, allein eine Verwechslung ist kaum möglich.

Die auf solche Art in tuberkulösen Organen gefundenen K.'schen Parasiten sind Bacillen; es sind feine, dünne Stäbchen, mindestens fünf- bis sechsmal so lang als breit. Sie finden sich vorzugsweise an den Stellen, wo der tuberkulöse Process im Entstehen oder im Fortschreiten begriffen ist; man sieht sie häufig in den Zellen liegen und dann sind sie bündelförmig angeordnet. An den Stellen, wo der Process abnimmt, finden sie sich in weit geringerer Zahl; es treten

hier häufiger Riesenzellen auf und in diesen findet man meistens eine oder wenige Bacillen.

Eine große Anzahl von Fällen und zwar von Miliartuberkulose, käsigen Pneumonien, Kavernen, Darmgeschwüren, Tuberkulose des Gehirns, verkästen Lymphdrüsen hat K. untersucht und stets die Bacillen gefunden, bald wenig zahlreich, bald außerordentlich stark. Weiterhin wurden sie ganz in derselben Weise wie beim Menschen gefunden bei perlsüchtigen Rindern, in verkästen Drüsen beim Schweine, bei der Tuberkulose der Hühner, bei Affen und in 200 Fällen bei mit tuberkulöser Masse geimpften Thieren. Damit ist der Nachweis des konstanten Auftreten der Tuberkelbacillen bei allen tuberkulösen Processen geliefert.

Der zweite Theil seiner Arbeit hatte den Zweck, die gefundenen Parasiten von den thierischen Gewebstheilen zu isoliren. Dies hielt K. um so nöthiger, weil er noch gar keine Lebensanzeichen in den Stäbchen bemerkt hatte und es noch nicht feststand, ob es selbständige, lebende Organismen waren. Um die Bacillen zu kultiviren, bediente sich K. des Blutserum, weil es bei längere Zeit auf 65° bis 70° C. erhitzt, starr wird und durchsichtig bleibt; es gelang ihm zwar nicht jedes Mal, aber doch ziemlich oft, Reinkulturen der Tuberkelbacillen zu gewinnen. Die Tuberkelbacillen wachsen ungemein langsam und selbst unter günstigen Verhältnissen gebrauchen sie mindestens 10—20 Tage, um deutlich unterscheidbare Kolonien zu bilden. Diese Kulturen lassen sich leicht weiter züchten. Die Bacillen der Kulturen stammten gewöhnlich aus getödteten tuberkulösen Thieren, die mit verschiedenen bacillenhaltigen Substanzen geimpft waren; die nämlichen Resultate gingen hervor, wenn aus tuberkulösen Lungen und Drüsen vom Menschen, von Lungen perlsüchtiger Rinder etc. das Material genommen wurde.

Die Erledigung der Frage, ob durch Verimpfung der so gewonnenen Kulturen die ursprüngliche Krankheit, also die Tuberkulose, wieder erzeugt würde, bildet den dritten Theil der Forschung. Es wurden zuerst einfach subkutane Impfungen vorgenommen und die Thiere erkrankten gerade so, als ob sie mit frischen tuberkulösen Massen geimpft worden wären; wenn mehrere frisch angeschaffte Thiere nach der Impfung im Verlauf von höchstens 5 Wochen in gleicher Weise tuberkulös werden, so muss dies als ein Effekt der Impfung gelten; spontane Tuberkulose kommt bei frisch angekauften Thieren fast nie vor, sie entsteht erst nach mehrmonatlichem Zusammenleben mit tuberkulösen Thieren. Um dem Einwand der Verwechselung der spontanen Tuberkulose mit der durch künstliche Injektion erzeugten zu entgehen, injirte K. Tuberkel-Bacillenkulturen in die Bauchhöhle der Versuchsthiere und erzielte damit sehr rasch verlaufende Miliartuberkulose; dasselbe ereignete sich nach Injektion von Tuberkelbacillen in die Ohrvene von Kaninchen; endlich lieferten schöne Resultate für den Beweis der Übertragbarkeit der Tuberkulose die Impfung in die vordere Augenkammer; entweder entstand



eine in wenig Wochen verlaufende Miliartuberkulose oder, wenn nur eine geringe Menge der präparirten Flüssigkeit eingebracht wurde, eine lange Zeit lokalisirt bleibende Iristuberkulose.

Es lassen sich auch Thiere inficiren, welche der Tuberkulose schwer oder nicht zugänglich sind, wie Ratten, Hunde. Alle diese Impfversuche beweisen offenkundig, dass die Tuberkulose durch die reingezüchteten Bacillen wieder erzeugt werden kann.

Wir wissen also durch K., dass die Bacillen die eigentliche Ursache der Tuberkulose sind. Auf die Frage, wie wir uns nun die Ätiologie auf Grund der Kenntnisse über das Verhalten der Bacillen zu denken haben, ist K. folgender Ansicht. In vielen Fällen lassen sich in dem Sputum von Phthisikern zahlreiche Bacillen und vielfach auch mit Sporen versehene nachweisen; die Sporen finden sich nicht allein in den phthisischen Sputis, sondern auch in Käseherden, wo die Zahl der Bacillen im Abnehmen begriffen ist. Wenn getrocknete, trocken aufbewahrte Sputa der Phthisiker Thieren eingeimpft wurden, selbst noch nach 8 Wochen, und derselbe Erfolg eintrat, wie mit frischem Sputum, so folgt daraus, dass die Infektion der Menschen hauptsächlich durch das Sputum, welches in trockenem, staubförmigem Zustand überall hin verschleppt wird, bedingt ist. In wie weit andere Infektionsquellen z. B. die Tuberkulose der Hausthiere etc. existiren, bedarf noch der Untersuchung, jedoch dürften diese keineswegs die Bedeutung haben wie die Infektion durch das Sputum. **Prior** (Bonn).

---

329. **Westphal** (Berlin). Über eine Fehlerquelle bei Untersuchung des Kniephänomens und über dieses selbst.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII. Hft. 3.)

Im Anschluss an einige Beispiele macht Verf. darauf aufmerksam, dass unter Umständen das im Verlauf einer Krankheit verschwundene Kniephänomen plötzlich wieder auftreten kann. Genaue Beobachtung zeigte, dass es sich hier nicht um ein wirkliches, sondern um ein Pseudo-Kniephänomen handelt, welches auf dem Wege des Hautreflexes erzeugt wird. Unter gewissen pathologischen Verhältnissen erfolgen Reflexe von beliebigen Stellen der Haut der untern Extremität aus zuerst auf den Quadriceps, wobei zu bemerken ist, dass dieselben eine sehr erhebliche Verzögerung erfahren können. Experimentelle Untersuchungen zur Aufklärung der Frage, ob die Sehnenphänomene nur reflektorischer Natur oder wesentlich vom Muskeltonus abhängig seien, ergaben zunächst, dass das nach Durchschneidung der hintern (5. und 6. resp. 7.) Wurzeln des Cruralis verschwundene Kniephänomen auch nach Strychninvergiftung nicht wieder hervorzubringen ist. Nur in einem Falle kehrte das Kniephänomen in Folge der Strychninwirkung wieder. Bei der Sektion ergab sich indessen, dass in Wirklichkeit nur Wurzelfäden der 5. (und 4.) hinteren Wurzel durchschnitten waren. Es geht hieraus her-



vor, dass die Leitungsunterbrechung in wenigen hinteren Wurzelfäden des N. cruralis genügt, um das Kniephänomen unter sonst normalen Verhältnissen zum Schwinden zu bringen, während es alsdann unter pathologischen (hier bei Strychninvergiftung) wieder erscheinen kann.

Drei Faktoren: Muskeltonus, Spannung des Muskels resp. der Sehne von einem gewissen Grade und ausreichende Schwingungsfähigkeit der letzteren sind zum Zustandekommen der Sehnenphänomene erforderlich. In wie weit außerdem ein reflektorischer Vorgang angenommen werden muss, werden weitere physiologische Beobachtungen lehren; das Verschwinden des Kniephänomens in Folge von Durchschneidung der hinteren Wurzeln — nach Unterbrechung des Reflexbogens — kann eben so gut auf der Abschwächung des Tonus beruhen. **Eickholt** (Grafenberg).

Scherpf (Kissingen). Der Hämoglobinmangel des Blutes und sein Verhalten während einer Stahlkur.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. IV. Hft. 4.)

Vermittels der Methode der quantitativen Spektralanalyse nach Vierordt führte Sch. die Blutfarbstoffmessungen aus, indem die Angaben anderer Autoren auf das Genaueste berücksichtigt wurden. Die Blutabnahme geschah stets durch Ansaugen einer 0,0175 ccm haltenden Glaspipette, wie sie Leichtenstern benutzte, nachdem ein Einstich in einen Finger mittels einer dreikantigen Nadel den nöthigen Blutstropfen auf ganz leichten Druck hin geliefert hatte. Das abgemessene Blutquantum wurde zum Zwecke einer 200fachen Verdünnung mit 3,48 ccm doppelt destillirtem und filtrirtem Wasser gemischt, dem eine Spur Ätznatron vorher zugesetzt war, um eine raschere und ausgiebigere Lösung der weißen Zellen zu ermöglichen.

Der Hämoglobingehalt eines Tropfen Blutes hängt kurz von folgenden Momenten ab:

1) Der Hämoglobingehalt des Blutes ist verschieden nach der Körperregion, aus welcher er stammt. 2) Die Höhe des Hämoglobins hängt ab von der Lage des Körpertheils, der das Blut liefert, so zwar, dass nach Kostjurin das Blut aus der Zehe weniger hämoglobinhaltig ist, wenn durch Höherhalten des Fußes die Geschwindigkeit der Cirkulation verlangsamt wird: ein Umstand, der allerdings vielfach bestritten wird. 3) Der Hämoglobingehalt ist verschieden nach den venösen und arteriellen Gefäßen. Sch. entnahm die Blutproben stets dem nämlichen Kapillarbezirk. 4) Der Blutdruck beeinflusst die Hämoglobinmenge, eben so die Körperbewegungen; derselbe steigt bei Muskelarbeit und Steigerung des Blutdruckes. 5) Die Bestimmungen des Hämoglobingehaltes unterliegen den Tagesschwankungen, welche von der Zeit der Nahrungszufuhr abhängig sind.

Die zu untersuchenden Kranken tranken 3—4 Stunden vor der



Untersuchung höchstens 5/4 Liter Mineralwasser, welches zur Zeit des Versuches bereits ausgeschieden ist.

Von einer großen Anzahl derart auf Hämoglobin untersuchten Fälle beschreibt Sch. 20 eingehender und knüpft an die Beschreibung folgende Besprechung. In der Mehrzahl wurde eine Besserung erzielt durch direkte Steigerung des Blutfarbstoffes. Besonders erfreuliche Fortschritte machten die Fälle von typischer Chlorose, bei denen die Hämoglobinvermehrung in stetigem Steigen von Statten ging.

Bei einer gewissen Anzahl der untersuchten Personen fand sich der Blutfarbstoff am Schluss der Kur vollständig zur Norm zurückgekehrt, bei der größten Mehrzahl nur eine, wenn auch oft sehr bedeutende Besserung; für letzteres liegt der Grund darin, dass die Kranken den Kurort nur gebessert, wegen zu kurzen Aufenthaltes, verlassen. Bei einer beschränkten Zahl der Patienten fand sich überhaupt keine Steigerung des Blutfarbstoffes und doch war das subjektive Befinden ein ganz zufriedenstellendes; dies ist nichts Ungewöhnliches, es fand auch Leichtenstern ein ähnliches Verhalten bei gesunden Leuten. Bei einzelnen Patienten zeigte sich in der ersten Zeit der Kur ein Sinken des Blutfarbstoffes; allmählich kehrte er zu der Norm zurück. Wahrscheinlich bedürfen die blutbildenden Organe einer gewissen Zeit, den Farbstoff fertig zu stellen, während sich die übrigen Bestandtheile des Blutes rascher ergänzen als das Hämoglobin. **Prior** (Bonn).

---

331. **Drosdow** (Petersburg). Morbus hypnoticus.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XIII. Hft. 1.)

Verf. konstituirt auf Grund von drei Beobachtungen eine neue Krankheitsform — Morbus hypnoticus. Die Symptome sind Schläfrigkeit, Unterdrückung des Willensapparates, erhöhte Thätigkeit der kombinirten Reflexe, kataleptischer Zustand und eine besondere Erregbarkeit der Muskeln, die bis zum tetanusähnlichen Zustande, Muskelstarre und Lähmung geht. Chronische lang andauernde Reize des Nervensystems begünstigen das Erscheinen, und die Entwicklung dieser spontan hervortretenden hypnotischen Zustände.

Eickholt (Grafenberg).

---

332. **Franz Fischer** (Pforzheim). Die allgemeine Faradisation. Eine Elektrisationsmethode nach Beard u. Rockwell.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII.)

Die von Beard und Rockwell im Jahre 1871 empfohlene Behandlungsmethode, bei welcher der ganze Körper successive und in systematischer Weise unter die Einwirkung eines Poles gebracht wird, während der andere Pol an einer bestimmten Stelle des Körpers stabil bleibt, hat bisher in Deutschland wenig Beachtung gefunden. Verf. beschreibt 3 Fälle, welche sich unter allgemeiner Faradisation



besserten: der erste wird als ein melancholischer Angstzustand mit vasomotorischen Erscheinungen, die auf eine Reizung des Sympathicus zurückgeführt werden (?), bezeichnet; der zweite Fall erscheint als ein Status nervosus (Neurasthenie); der dritte Fall betrifft eine hartnäckige Chlorose, bei der alle anderen Mittel ohne Erfolg angewandt waren. Auf Grund dieser 3 Fälle wird der therapeutischen Verwerthung der allgemeinen Faradisation bei der Beseitigung mancher schwerer nervöser Zustände und hartnäckiger Chlorosen dringend das Wort geredet. **Eickholt** (Grafenberg).

---

333. **Neptel** (New York). Die galvanische Behandlung der Tabes dorsalis nebst Bemerkungen über die abnorme galvanische Reaktion der sensibeln Hautnerven.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII.)

Verf. geht von der Ansicht aus, dass die Tabes nicht eine typische primäre Systemerkrankung des Rückenmarks sei, sondern eine sekundäre Rückenmarksdegeneration. Der Ausgangspunkt der Krankheit sei im Gehirn zu suchen. Er beschreibt eine Anzahl von Fällen, in denen Galvanisation des Gehirns und Rückenmarks und zwar ausschließlich in aufsteigender Richtung Besserung des Leidens zur Folge hatte. Die Behandlung muss eine lange Zeit fortgesetzt werden. Die galvanische Reaktion der sensibeln Hautnerven soll sich bei Tabeskranken anders verhalten wie bei Gesunden, indem an der Applikationsstelle der Anode ein Gefühl von Brennen entsteht; bei Gesunden pflegt die Kathode ein derartiges Gefühl zu erzeugen. **Eickholt** (Grafenberg).

---

334. **v. Olderogge** (St. Petersburg). Etwas über die Schwankungen des Gewichts bei Epileptischen.

(Archiv f. Psychiatrie Bd. XII.)

Die im Jahre 1880 veröffentlichten Untersuchungen von Kowalevsky über den enormen Gewichtsverlust der Epileptiker nach den Anfällen sind durch zahlreiche exakte deutsche Arbeiten gründlich widerlegt worden. Die vorliegende Arbeit konstatirt die Thatsache, dass der Gewichtsverlust während der Anfälle sehr gering ist und es nicht gestattet ist in dem Gewichtsverluste während der Anfälle ein Symptom zu statuiren, durch welches man einen Simulanten von einem wirklich Kranken unterscheiden kann.

Eickholt (Grafenberg).



335. **Schelkly** (Surinam). Die Gastrotomie und ihre Anwendung bei Behandlung von tiefgelegenen Ösophagusstrikturen.

(Wiener medic. Wochenschrift 1882. No. 36 u. 37.)

Bei einem 30jährigen Manne stellten sich Erscheinungen der Verengerung der Cardia ein, die Anfangs durch systematische Sondenbehandlung gebessert wurden. Später gelang die Einführung auch der dünnsten Sonden nicht mehr, zumal sich ein großes Divertikel über der engen Stelle gebildet hatte.

Verf. legte eine Magenfistel an, durch die dem Pat. Nahrung beigebracht werden konnte. Ein Versuch, vom Magen aus die enge Stelle zu durchdringen, gelang mit einer dünnen Bougie, die als Kondukteur für eine mittelstarke Guttapertscha-Ösophagusbougie benutzt werden konnte, welche letztere (an beiden Enden offen) in der Striktur sitzen blieb. Speisen nahm nun Pat. durch die Fistel, Flüssigkeit durch den Mund ein. Pat. starb 4 Tage nach der Wegbarmachung des Ösophagus unter Collapserscheinungen. Die Sektion ergab ringförmiges Carcinom des Ösophagus dicht über der Cardia.

Zu dieser Operation wurde Verf. speciell veranlasst durch das höchst lästige Durstgefühl, das trotz reichlicher Zufuhr von Flüssigkeit durch die Fistel nicht gestillt wurde, während das Hungergefühl nach der Nahrungsaufnahme auf diesem Wege schwand.

Nach Einlegen der Bougie in die Striktur vom Magen aus konnte Pat. ganz gut Flüssigkeiten durch den Mund zu sich nehmen.

Seifert (Würzburg).

---

336. **Coelho**. Subkutane Morphiuminjektion als Mittel gegen die Seekrankheit.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 37.)

C. macht auf die Erfahrungen von Therosopolis (Rio de Janeiro) aufmerksam, wonach subkutane Morphiuminjektionen in die Regio epigastrica überraschenden Erfolg gegen die Seekrankheit haben sollen. Dosirung 0,008—0,01.

Seifert (Würzburg).

---

337. **Verneuil.** Abscès du sein et lactosurie. Brustdrüsenabscess und Lactosurie.

(L'union méd. 1882. No. 112 u. 114.)

V. theilt drei Fälle von Brustdrüsenabscess bei stillenden Frauen mit, in denen die Untersuchung des Urins die Gegenwart von Zucker in demselben ergab. Alle 3 Fälle verliefen günstig, indem die Abscesse unter geeigneter Behandlung heilten und gleichzeitig der Zucker aus dem Harn verschwand. V. erörtert sodann die Frage, ob es sich dabei um ein zufälliges Zusammentreffen handelt oder ob die Glycosurie als Ursache der Brustabscesse oder als Folge derselben



anzusehen ist. Für ersteres spricht die Häufigkeit der zur Abscessbildung führenden Entzündungen der Brustdrüse bei stillenden Frauen, so wie die Beobachtung, »dass bei vielen derselben (nach einigen Autoren bei allen) sich Zucker im Urin findet«.

Die zweite Annahme (Glycosurie als Ursache der Abscesse) findet eine Stütze in dem Umstande, »dass die Gegenwart von Zucker im Urin ein Übermaß dieser Substanz im Blute anzeigt. Letzteres involvirt seinerseits stets einen besonderen Zustand der anatomischen Elemente und Gewebe des Körpers, der freilich noch wenig bekannt, aber unzweifelhaft mit ernsten Ernährungsstörungen verknüpft ist und die Entwicklung verschiedener krankhafter Processe: diffuse Entzündung, Eiterbildung, Brand, begünstigt. Dazu kommt bei der secernirenden Brustdrüse die große Neigung zu Entzündungen als Folge ihres großen Gefäßreichthums«.

V. theilt einen Fall mit, wo sich bei einer nicht stillenden, an Diabetes leidenden Frau ohne jede Veranlassung ein Brustdrüsenabscess entwickelte; ferner machte er in den obigen 3 Fällen verschiedene, vor der Entzündung und Abscessbildung in der Mamma beobachtete Symptome: vermehrter Durst und Polyurie, wahrscheinlich, dass in denselben Glycosurie schon längere Zeit bestanden hatte.

Auch die dritte Annahme, Glycosurie als Folge der Abscesse, hat nach V. etwas für sich. Durch die Entzündung des secernirenden Drüsengewebes tritt Milchretention ein, die zur Aufnahme von Milchzucker ins Blut und Übergang desselben in den Harn führen kann. Die Glycosurie wäre in diesem Falle ganz analog dem Auftreten von Gallenbestandtheilen bei Gallenretention. Sinéty hat nachgewiesen, dass es durch plötzliche Unterdrückung der Milchsekretion resp. Verhinderung der Exkretion gelingt, Glycosurie herbeizuführen. »Die Retention des Zuckers bei Abscessen der Mamma ist um so erklärlicher, als die Lymphgefäße, welche nach Sinéty bei der Resorption der zurückgehaltenen Milch eine Hauptrolle spielen, sehr gewöhnlich bei den akuten postpuerperalen Entzündungen der Brustdrüse afficirt sind.«

Ob der im Harn nachgewiesene Zucker mit dem Milchzucker identisch ist, hat V. nicht untersucht; es ist dies aber nach den Arbeiten von Hofmeister und Bert wahrscheinlich. Zum Beweise, dass der thätige Zustand der Milchdrüse ein Haupterfordernis ist, um bei Entzündung derselben Glycosurie hervorzurufen, führt V. einen Fall von traumatischem Abscess der Mamma bei einer im 7. Monat Schwangeren ohne Glycosurie an; weder in der entzündeten noch in der gesunden Brust war Milchabsonderung zu bemerken.

Die Prognose der mit Abscessbildung in der Mamma verbundenen Glycosurie ist günstig; der Zucker verschwindet mit dem Nachlass der Entzündung und Eiterung. Therapeutisch hat man sich in Fällen, wo das Stillen fortgesetzt werden soll, auf die gewöhn-



lichen chirurgischen Regeln zur Behandlung der Brustabscesse zu beschränken, andernfalls ist außerdem noch die Laktation durch Abführmittel und den täglichen Gebrauch von Jodkalium zu unterdrücken.

Broekhaus (Godesberg).

Litterarische Neuigkeiten.

J. B. Baillière & Fils, Paris.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Tome XXXIII. 8°. 10 Fr.

G. Masson, Paris.

H. Napias et **A. J. Martin,** L'étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882. 8°. 8 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 25. **Sonnabend, den 7. Oktober.** **1882.**

P. P.

Bei dem Zusammentreffen vieler Vertreter der inneren Klinik auf dem ersten Kongress für innere Medicin in Wiesbaden ist auch der Gedanke lebendig geworden, die einheitliche Richtung, die unverkennbar unter den Anwesenden hervortrat, zu dauerndem Ausdruck zu bringen. Der Vorschlag der Unterzeichneten, hierzu das schon bestehende Centralblatt für klinische Medicin zu benutzen, fand dankenswerthen Anklang.

Da der Verlag des Blattes ohnehin einen Wechsel erfuhr, so erschien es der bisherigen Redaktion um so angemessener, gleichzeitig auch die Tendenz und Form desselben auf Grund jener Zustimmungen zu erweitern.

Und so erscheint das Centralblatt für klinische Medicin nunmehr unter der Herausgabe mehrerer Vertreter der inneren Klinik aus Nord und Süd, und der gemeinsamen Redaktion bereitwillig zusammengetretener, an inneren Kliniken thätiger Kollegen.

Möge die Gemeinsamkeit und Übereinstimmung dieser Bestrebungen einen gedeihlichen Einfluss des Centralblattes auf die Richtung der inneren Medicin begünstigen, und ihm in weiten Kreisen der Kollegen wohlwollende Anerkennung verschaffen.

Rühle. Finkler.





Die Trichterdrainage.

Eine Methode zur operativen Entleerung von Hautödemen.

Von

Dr. F. Straub,

zweitem Assistenzarzt der medicinischen Klinik zu Tübingen.

In der hiesigen medicinischen Klinik ist seit einigen Jahren in Fällen, bei denen eine mechanische Entleerung von Ödemflüssigkeit aus der Haut indicirt erschien, die Punktion mit dem Kappillartrokar von Southey vorgenommen worden, und zwar im Allgemeinen mit befriedigendem Erfolg.

Längere Beschäftigung mit derartigen Fällen hat mich zu einer Methode geführt, welche ich als Trichterdrainage bezeichnen und der Punktion mit dem Kapillartrokar, vor der sie manche Vorzüge zu haben scheint, an die Seite stellen möchte. Sie beruht im Princip darauf, dass ein Trichter, der an seinem dünnen Ende mit einem abwärts hängenden Kautschukschlauch versehen ist, wenn er mit seiner weiten Öffnung auf eine flache oder nachgiebige Hautstelle aufgesetzt wird, in Folge des Luftdrucks an derselben haftet und nach Art eines Schröpfkopfs auf dieselbe wirkt, sobald der Schlauch mit Flüssigkeit gefüllt ist. Wenn man in eine hydropisch geschwollene Haut einen Einschnitt oder Einstich macht, dann einen kleinen mit Kautschukschlauch versehenen Trichter aufsetzt und so lange festhält, bis die ausfließende Flüssigkeit den Kautschukschlauch gefüllt hat, so haftet nachher der Trichter während unbegrenzter Zeit an der Haut und übt anhaltend einen mäßigen Zug aus, durch welchen Flüssigkeit ausgesogen wird, die dann sofort durch den Kautschukschlauch in ein untergesetztes Gefäß abfließt. Der Trichter haftet schon sogleich beim Aufsetzen, wenn man denselben nebst dem Schlauch vorher mit Wasser, oder, was gewöhnlich vorzuziehen ist, mit einer dünnen Karbolsäurelösung ($^1/_2$—1%) gefüllt hat. Es ist zweckmäßig, das untere Ende des Kautschukschlauches in die abfließende Flüssigkeit untergetaucht zu halten, weil in Folge von Luftblasen, welche im



Schlauche aufwärts steigen könnten, die Höhe der Flüssigkeitssäule und damit der dadurch bewirkte Zug vermindert werden würde. Sollte ausnahmsweise eine etwas stärkere Blutung stattfinden, so würde man, um durch Gerinnung des Blutes eine Verstopfung der engen Trichterröhre oder des Schlauches zu verhüten, mit dem Aufsetzen des Trichters warten, bis die Blutung aufgehört hat. Der an dem Trichter hängende Kautschaukschlauch kann beliebige Länge haben und darf auch, bevor sein offenes Ende bis in die Höhe des Zimmerbodens herabgeführt wird, beliebige Biegungen aufwärts oder abwärts oder seitlich machen, ohne dass dadurch die Stärke des Zuges beeinträchtigt wird, welche immer der Höhendifferenz zwischen der auf die Haut aufgesetzten Trichteröffnung und der untersten Grenze der Flüssigkeitssäule im Kautschukschlauch, resp. dem Stande der Flüssigkeit in dem untergesetzten Gefäße, entspricht. Es kann auch der Schlauch beliebig durch eingeschobene Glasröhren unterbrochen und an diesen Stellen durch Anbinden fixirt werden, so dass ein Ablösen des Apparates durch etwaige Zerrung oder Verschiebung verhütet wird. Es ist dies besonders wichtig, wenn man den Trichter, wie es oft geschehen ist, 12 Stunden und länger auf der Haut aufsitzen lässt, wobei der im Bett liegende Kranke in der Nahrungsaufnahme, im Schlafen u. s. w. durchaus nicht behindert ist und sogar auch unbedenklich mit der Extremität, auf welche der Trichter aufgesetzt ist, kleine Lageveränderungen vornehmen darf. Sollte einmal zufällig der Trichter abgelöst worden sein, so kann er sofort wieder aufgesetzt werden, wenn man denselben nebst dem Kautschukschlauch wieder mit Flüssigkeit füllt.

Die von mir verwendeten Trichter waren Glastrichter, deren weite Öffnung etwa 4—5 cm im Durchmesser hatte; die Kautschukschläuche hatten ein Lumen von etwa 4 mm Durchmesser.

Es wurden z. B. entleert:

1) in einem Falle von chronischem Morbus Brightii mit Herzdegeneration in verschiedenen Zwischenräumen: in $2^1/_4$ St. 2270 ccm, in 7 St. 2800 ccm, in 24 St. 8050 ccm.

2) In einem Falle von Degeneration und Dilatation des Herzens: in $4^1/_2$ St. 1200 ccm, in 3 St. 1100 ccm.

3) In einem Falle von chronischem Morbus Brightii: in 24 St. 1800 ccm.

4) In einem Falle von enormem allgemeinem Hydrops in Folge von Morbus Brightii: in 79 St. 24800 ccm, in 4 Tagen 10000 ccm.

Die betreffenden Krankheitsfälle, so wie auch die Einzelheiten in Bezug auf die Anwendung der Methode sind ausführlich dargestellt in meiner im Druck befindlichen Inauguraldissertation (Beitrag zur operativen Behandlung der Ödeme der Haut. Tübingen 1882).



338. **Griffini** e **Cambria.** Sull' etiologia della pneumonite cruposa. Über die Ätiologie der Pneumonia crouposa.

(Giornale internazionale delle scienze mediche Anno IV. Fasc. 5 e 6.)

Aus einer Reihe zahlreicher experimenteller Untersuchungen haben die Verff. Folgendes ausgezogen:

1) Im Blute und im Sputum der Pneumoniker findet man einen specifischen Bacillus, welcher von Klebs' Monadinen verschieden ist.

2) Das speichelfreie unter die Haut oder in die Trachea von Kaninchen und Hunden eingespritzte Sputum der Pneumoniker bewirkte immer eine Krankheit, deren Symptome diejenigen der Septikämie waren, und deren Ausgang immer der Tod war. Das Blut dieser Thiere, mehrere Stunden vor dem Tode entnommen, und unter die Haut eines anderen Thieres inokulirt, tödtete es rasch. Die Waschung des Mundes mit einer Salicylsäurelösung änderte nicht die tödliche Wirkung des Sputums. Verff. behaupten dass dies nicht eine specifische Wirkungsart des Sputum der Pneumoniker sei, indem einige alte Erfahrungen von Senator bewiesen haben, dass die Hunde, denen er hypodermatisch frischen bronchialen Schleim beigebracht hatte, gestorben sind.

3) Der Speichel der Pneumoniker tödtet die Kaninchen rasch; bei Hunden erzeugte er nur einen Abscess am Orte der Injektion.

4) Das defibrinirte, in das Cavum Peritonei oder in die Trachea der Kaninchen und Hunde eingespritzte Blut der Pneumoniker bewirkte verschiedene und bei Hunden kleine Temperaturerhöhungen; nie eine Form von Pneumonie.

5) Die Kulturflüssigkeiten des Bacillus des Blutes der Pneumoniker, welche unter die Haut und in die Trachea der Thiere bei verschiedenen Vegetationsperioden des Bacillus inokulirt wurden, bewirkten unregelmäßige Temperaturerhöhungen, aber keine Veränderungen der Lungen und anderer Organe. Die Temperaturerhöhungen waren stärker bei Kaninchen; das inokulirte Blut dieser Kaninchen bewirkte analoge Temperaturerhöhungen. Die Einspritzung eines Tropfens Kulturflüssigkeit in die vordere Kammer des Auges eines Kaninchens erzeugte starke Suppuration, lokale Entzündung und den Tod in Folge septischer Infektion.

6) Der Bacillus des Sputum und des Blutes der Pneumoniker geht immer ins Blut der inokulirten Hunde und Kaninchen über, und im Blute wird er gefunden in mäßiger Menge, welche nach dem Tode des Thieres zunimmt. Der Bacillus aber erzeugt nicht die krupöse Pneumonie; und seine Anwesenheit im Blute der Pneumoniker muss man als sekundäres Faktum betrachten: mittels der Luft dringt er vielleicht in Lungen der Pneumoniker und darauf ins Blut.

7) Der in die Trachea in kleiner Dosis eingespritzte Ammoniak erzeugte ohne Ausnahme eine Form von Pneumonie, welche immer lobär ist, wenn das Thier die Inokulation einige Tage überlebt. Die



mit Inokulation von Pneumonikerstoffen vorher erzeugte Infektion bildet keine Disposition in den Thieren; also der Ammoniak wirkt nicht als einfacher occasioneller Grund, aber kann für sich allein eine wahre krupöse Pneumonie erzeugen. — Diese Krankheit darf man also auch beim Menschen nicht als eine Infektionskrankheit betrachten.

Die Ansicht Semmer's, dass die miasmatischen Krankheiten (unter welche er malarisches Fieber, Meningitis cerebro-spinalis und krupöse Pneumonie rechnet) nicht mit Inokulation übertragen werden können, wurde von Marchiafara-Tommati's Untersuchungen widerlegt, welche bewiesen haben, dass mit Einspritzungen des Blutes der Malarischen die Infektion in den Thieren erzeugt werden kann. Also die Anwesenheit eines Bacillus im Blute der Pneumoniker, welchen man ins Blut der Thiere einspritzen kann, ohne dass man in diesen die Krankheit erzeugen könne, scheint den Verff. ein bedeutungsvolles Resultat, und veranlasst die Verff. zu untersuchen, ob man die Schizomyceten auch bei fieberhaften Entzündungen anderer Organe im Blute finden könne, Schizomyceten, welche nicht den Grund der Krankheit bilden, aber im Blute der Fiebernden die Bedingungen zu ihrer Entwickelung finden. **Mya** (Turin).

---

339. **Ponfick** (Breslau). Über gemeingefährliche Schwämme.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 17.)

P. stellte mit der frischen Morchel so wie mit gedörrten Schwämmen zahlreiche Fütterungsversuche an Hunden an. Nach älteren Experimentalerfahrungen ist die frische Morchel bereits in einer Gabe von 1% des Körpergewichts ein heftiges Gift, in einer Dosis von 1—2% wirkt sie bereits tödlich, und zwar ist die Intoxikation nicht auf eine Erkrankung des Digestionstrakts, sondern auf eine Desorganisation des Blutes, den Zerfall der rothen Blutkörperchen zurückzuführen, wodurch die Symptome Ikterus, Nephritis etc. bedingt werden. In einer relativen oder absoluten Unfähigkeit des Organismus zur Exkretion der normalen Auswurfstoffe im Verein mit plötzlichem Verlust des Blutes an werthvollen Bestandtheilen erblickt Verf. den Grund für die Schwere der Symptome. In zwei Tabellen werden Thatsachen niedergelegt, welche die vielen scheinbar so verwirrenden Widersprüche in dem Verhalten der Morchel aufzuklären geeignet sind. Die Hauptträger des Giftes sind die rohen (frischen) Schwämme als Ganzes, sodann das Dekokt (die trübe Brühe), welches als verderblichste Quintessenz des ganzen Giftpilzes, zum Schutze von Mensch und Thier sofort vernichtet werden müsste. Von geringerer Wirkung ist die heiße Waschflüssigkeit, von keiner Wirkung die kalte.

Im Verhältnis zur Ausbreitung der Konsumption des Morgelgerichtes ist die Vergiftungsfrequenz eine kleine; dies erklärt sich leicht aus der Bereitungsweise dieser Pilze. Die erste Brühe nämlich (Dekokt)



so wie die heiße Waschflüssigkeit wird weggeschüttet und lediglich der Rückstand, »die heißen Träber«, weiter zubereitet, indem die zerschnittenen Pilzstücke ausgedrückt, in Butter geschmort, mit Bouillon nachgefüllt und darin gar gekocht werden. Es wäre sehr gefährlich, die Morcheln ohne Weiteres, oder etwa die erste Brühe zu verzehren, unschädlich hingegen die heiß extrahirten Schwämme, das Morchelgemüse zu essen. Den übrigen vielfach angeklagten Nebenumständen spricht Verf. einen Einfluss auf die Giftigkeit der Morchel ab, so der Feuchtigkeit und Konstitution des Bodens, sodann dem Klima und den Jahreszeiten, ferner der etwa in Entwickelung begriffenen Verderbnis der Pilzsubstanz bei schwülem oder regnerischem Wetter, der Anwesenheit endlich von Würmern und anderen Parasiten unter den Falten des Pilzhutes. Gedörrte Pilze sind innerhalb der ersten 14 Tage recht gefährlich, weniger, aber doch unverkennbar, innerhalb des ersten und zweiten Monats, von da ab bis zum vierten verlieren sie ihre deletären Eigenschaften mehr und mehr. Halbjährige, jährige oder noch ältere Stücke sind durchaus unschädlich und können ohne weitere Vorsichtsmaßregeln getrost verspeist werden.

J. Wolff (Breslau).

---

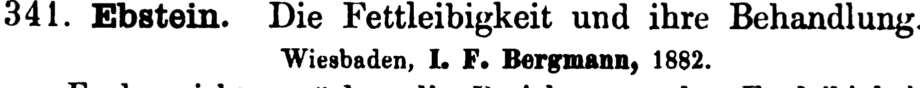
340. **Schollenbruch** (München). Über progressive perniciöse Anämie.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 35 u. 36.)

Nach einer ausführlichen Besprechung der Litteratur über die perniciöse Anämie kommt Verf. auf die Beantwortung der Frage, welches die Gründe für das seltene Vorkommen dieser Erkrankungsform in München sind. Es ist diese Seltenheit vorzüglich in den äußerst günstigen Ernährungsverhältnissen der Einwohner Münchens begründet, für deren Beurtheilung die Untersuchungen Forster's (Zeitschrift für Biologie Bd. IX) maßgebend sind, wonach die Eiweiß- und Fettmengen in der Nahrung der Arbeiterbevölkerung die Minimalforderungen Voit's für den erwachsenen thätigen Menschen bedeutend übersteigen.

Bei den drei zum Theil in extenso geschilderten Fällen von perniciöser Anämie kommen bezüglich der Ätiologie nur die der Krankheit unmittelbar vorhergegangenen schlechten Lebens- und Ernährungsverhältnisse in Betracht, die Jahre lang bestanden hatten.

Seifert (Würzburg).



341. **Ebstein.** Die Fettleibigkeit und ihre Behandlung.

Wiesbaden, **I. F. Bergmann,** 1882.

E. bespricht zunächst die Beziehungen der Fettleibigkeit zur fettigen Entartung, die Menge und Lokalisation des Fettes im physiologischen Zustande, das chemische Verhalten des Fettes, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose der Fett-

sucht; siehe die Details im Original. Hauptursache der Fettleibigkeit ist nach ihm eine »absolut oder relativ, d. h. im Verhältnis zum Stoffverbrauch zu reichliche Nahrungsaufnahme. Die Fettsucht des Menschen ist nichts weiter als das Analogon der Mast bei den Thieren«. Begünstigt wird die Fettleibigkeit durch Mangel an Bewegung und Sonnenlicht. Dass Störungen der geschlechtlichen Funktionen auf ihre Entwicklung von Einfluss sind, ist für den Mann nicht erwiesen und bei dem öfter beobachteten Zusammentreffen von Menstruationsanomalien und Fettleibigkeit bei den Frauen spielt nach E. die gleichzeitig vorhandene Anämie, die überhaupt als ein wesentlich prädisponirendes Moment für die Entstehung der Fettsucht anzusehen ist, die Hauptrolle. Von Wichtigkeit ist ferner Erblichkeit und konstitutionelle Anlage; erstere wurde von Bouchard in 33%, von Chambers in 56% gefunden.

Betreffs der Bildung des Fettes im Körper ist E. der Ansicht, dass es hauptsächlich aus zerfallenden Eiweißstoffen entsteht. Besonders stark ist der Fettansatz bei reichlicher Eiweißzufuhr, wenn gleichzeitig Kohlehydrate in relativ nicht zu großer Menge genossen werden, indem letztere die vollständige Verbrennung der Eiweißkörper verhindern. »In analoger Weise können auch Fette indirekt den Fettansatz aus zerfallendem Eiweiß bewirken, aber diese Gefahr ist eine unvergleichlich geringere als beim Genuss von Kohlehydraten. Denn die Fette, welche weit schwerer als Kohlehydrate in Kohlensäure und Wasser zerfallen, begünstigen die Abspaltung des Fettes aus dem Eiweiß, so gut wie gar nicht. Die Fette vermindern ja gleich den Kohlehydraten den Eiweißzerfall, aber das Eiweiß, welches beim gleichzeitigen Genusse von entsprechenden Fettmengen der Zerstörung anheimfällt, zerfällt vollständig, ohne Fett zu hinterlassen.«

Bei der Behandlung der Fettleibigkeit unterscheidet E.:

1) die medikamentöse,

2) die diätetische.

»Letztere zerfällt wieder in zwei Unterabtheilungen:

a) in solche, welche durch Veränderung der Einfuhr von Nahrungsmitteln zu wirken sucht, diätetische Behandlung im engeren Sinne des Worts,

b) in solche, welche durch eine Umänderung des Modus und der Ratio vivendi das erstrebte Ziel zu erreichen bemüht ist.«

Die medikamentöse Behandlung ist gegenwärtig ganz verlassen; E. hält auch nichts von Mineralwasserkuren, »wenn dieselben wegen der Fettleibigkeit allein, wofern sie lediglich auf zu reichliche und unzweckmäßige Lebensweise zurückzuführen ist, verordnet werden«. Auch vermehrte Muskelthätigkeit allein führt nicht zum Ziel, weil der dadurch entstehende stärkere Appetit zur Einführung größerer Nahrungsmengen verleitet, durch welche die entstandenen Mehrausgaben immer wieder ausgeglichen werden.

Anlangend die diätetische Behandlung, so verwirft E. alle Me-



thoden, welche als sogenannte »Kuren« nur für kürzere oder längere Zeit gebraucht werden können. »Es handelt sich bei der Heilung der Fettleibigkeit nicht um eine Kur, welche man abthut, wie eine Vergnügungsreise, um darauf zu seiner früheren Lebensweise zurückzukehren und gleich wieder fett zu werden, wie das so oft geschieht; es kommt vielmehr auf eine dauernde Umänderung der Lebensweise nach physiologischen Principien an.« Verwerflich sind nach E. alle diätetischen Vorschriften, welche entweder durch die Einförmigkeit der erlaubten Kost bald Ekel bei dem Kranken erregen, oder welche zwar den Kranken mager machen, gleichzeitig aber auch seine Leistungsfähigkeit herabsetzen und langsam zur Inanition führen. E. ist daher ein Gegner der Methoden von Chambers, Banting und Cantani. Darauf fußend, dass das Körperfett aus zerfallendem Eiweiß sich bildet, dass seine Bildung durch den gleichzeitigen Genuss von Kohlehydraten begünstigt wird, durch Fett aber nicht, schreibt er eine aus Eiweiß und Fett bestehende Diät vor, unter Ausschluss von Zucker, Süßigkeiten aller Art und Kartoffeln in jeder Form. Brot höchstens 80—100 g pro die, von den Gemüsen gestattet er Spargel, Spinat, Kohlarten und besonders Leguminosen. Der Genuss von Fett hat noch den Vortheil, dass das Sättigungsgefühl dadurch rascher eintritt. Natürlich muss die Quantität der Speisen, entsprechend der Größe, dem Körpergewicht, der Muskelthätigkeit vom Arzte genau vorgeschrieben werden. Das Nähere über den Speisezettel siehe im Original. E. führt einige Fälle an, bei denen seine Methode mit gutem Erfolg gebraucht wurde. Besonders indicirt ist sie bei gleichzeitig bestehender Anämie. Komplikationen mit Gicht, Fettherz und Diabetes sind keine Kontraindikationen.

Brockhaus (Godesberg).

---

342. **Allison.** Multiple tubercular tumor of the brain causing epilepsy. Multiple tuberkulöse Tumoren des Gehirns als Ursache von Epilepsie.

(The med. record Bd. XXII. No 9.)

Der Fall betrifft einen 16jähr. Knaben, der seit 3 Jahren an heftigen epileptischen Anfällen litt, die zu bedeutender Schwächung der Intelligenz geführt hatten. Gleichzeitig bestand Lungentuberkulose. Der Pat. ging apoplektisch zu Grunde. Bei der Autopsie fand sich neben den gewöhnlichen Veränderungen in den Lungen etc. am Schädel starke Entwicklung der Pacchionischen Granulationen, starke Verdickung der Pia mater, besonders am Kleinhirn und an der Basis, auf der Spitze des rechten Mittellappens eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Cyste, in deren Umgebung die Gehirnwindungen abgeplattet waren. »Ein kleiner Tumor fand sich gerade am Eingang ins rechte Foramen opticum, der den Opticus komprimirte. Dieser Tumor hatte ungefähr den Durchmesser des Nerven und hing mit einem andern bohnengroßen, graurothen Tumor zusammen, der vor



dem Chiasma nerv. opt. rechts von der Longitudinalfissur lag. Dieser letztere Tumor war umgeben von einer Masse erweichten Gewebes, das durch einen leichten Wasserstrahl sich wegwaschen ließ und den Tumor frei in einer walnussgroßen Höhle zurückließ, in der er nur durch eine kleine Arterie mit dem vorderen Theil des Gehirns in Verbindung stand. Die Oberfläche des Tumors war uneben, mit blassen Granulationen bedeckt.« Ein anderer Tumor fand sich rechts nahe dem Gyrus fornicatus. Dieser hatte eine harte, unebene Oberfläche und zeigte sich zusammengesetzt aus einer kalkigen Schale und einem trocknen, käsigen und kalkigen Inhalt. An der Basis des rechten Corpus striatum ein frischer Bluterguss.

A. hat außer diesem noch 3 andere Fälle von Epilepsie und epileptiformen Konvulsionen als Folge von Gehirntumoren beobachtet, die er kurz beschreibt.

Brockhaus (Godesberg).

---

343. **Leube.** Über die Umwandlung des Rohrzuckers in Traubenzucker im menschlichen Magen.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.)
Wiesbaden, **I. F. Bergmann,** 1882.

Es wird bis jetzt angenommen, dass im Magen der Rohrzucker, also der gewöhnlich von uns genossene Zucker, nicht verändert werde, speciell sich nicht in Traubenzucker umwandle, dagegen mit krankem Magensafte zusammen sich in Traubenzucker umändere. Und in der That, wenn man einem gesunden Menschen den Magen ausspült und, nachdem man sich überzeugt hat, dass in dem Spülwasser keine Spur von Traubenzucker ist, in diesen leeren Magen eine Rohrzuckerlösung bringt und eine halbe Stunde nachher den Magen wieder ausspült, so findet man im Spülwasser zwar noch Zucker, aber keine Spur von Traubenzucker. Wenn man dagegen bei einem kranken Menschen auf dieselbe Art verfährt, so erhält man in dem Spülwasser eine starke Traubenzuckerreaktion. Daraus folgerte man, dass der gesunde Magen den Rohrzucker nicht in Traubenzucker verwandelt, dass dagegen das schleimhaltige Sekret des kranken Magen dies thue. L., welcher es von vorn herein für bedenklich hielt, dem kranken Magen eine Fähigkeit zuzuschreiben, welche der gesunde Magen nicht besitzt, erklärte sich den Vorgang so, dass auch der gesunde Magen die Fähigkeit besitzt, den Rohrzucker in Traubenzucker zu verwandeln, dass aber der Traubenzucker sofort resorbirt wird. Diese Annahme als die einzig richtige zu beweisen, war L. auf verschiedene Weise im Stande. Zu den Verdauungsversuchen außerhalb des Organismus gewann er sich reinen Magensaft dadurch, dass er einen gesunden Magen mit eiskaltem Wasser ausspülte; durch den Reiz des Eiswassers sonderte die Magenschleimhaut Magensäure ab, so dass die ausgespülte Flüssigkeit sauer reagirte. Nahm er von dieser Flüssigkeit etwa einen Becher voll, setzte eine Rohrzuckerlösung hinzu und brachte ihn in den Brutofen, so wurde der Rohrzucker in Trau-



benzucker verwandelt, gerade wie dies auch geschah, wenn er mit Flüssigkeit aus dem kranken Magen die Umwandlung versuchte. Daraus folgt mit Recht, dass nur wegen der Resorptionsunfähigkeit des kranken Magens der Traubenzucker gefunden wird, dass im gesunden Magen wegen der schnellen Resorption die falsche Annahme entstand. Es gelang aber weiterhin noch L., den direkten Beweis für die bezüglichen Resorptionsverhältnisse zu liefern, durch Versuche. welche zeigen, wie von einer Traubenzuckerlösung nach einer bestimmten Zeit im gesunden Magen der Traubenzucker sich nicht mehr vorfindet, im kranken Magen nach der nämlichen Zeit dagegen nachweisbar ist. **Prior** (Bonn).

344. **Steinitz** (Breslau). Die Anwendung des Induktionsstromes bei chronischen Magenkatarrhen, Magenektasien und beim chronischen Magengeschwür.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 13.)

Die in vielen Fällen unzureichenden Erfolge der medikamentösen und diätetischen Behandlung bei chronischen Magenleiden veranlassten den Verfasser, gleichsam als ultimum refugium den Induktionsstrom zu versuchen. Auch anderweitig ist bereits früher die Elektricität bei den fraglichen Leiden empfohlen worden. Das angewandte Verfahren besteht darin, dass beide, meist breite Elektroden auf die entferntesten Stellen des Magens, bald in horizontaler, bald in vertikaler Richtung, Anfangs mit geringerer, baldigst mit steigender Stromesstärke aufgesetzt werden. Eine solche Sitzung dauert in der Regel fünf Minuten und wird täglich zweimal aufgenommen. Schon bei dem ersten Versuche konnte sich Steinitz überzeugen, wie günstig die Faradisation einwirkte. Sehr schwere Fälle von Magenektasien wurden erfolgreich behandelt. Weiterhin bewährte sich die elektrische Anwendung bei chronischem Magenkatarrh mit Ulcus und bei rein chronisch dyspeptischen Kranken; gerade die letzteren wissen das Wohlthuende dieser Behandlung zu schätzen. **Prior** (Bonn).

345. **Nothnagel.** Über die Wirkungen des Morphin auf den Darm.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.)
Wiesbaden, **I. F. Bergmann**, 1882.

Es ist eine allgemein feststehende Thatsache, dass Opium und seine Präparate beim gesunden Menschen und auch bei verschiedenen pathologischen Zuständen den Stuhl anhalten. Untersuchungen, welche O. Nasse und Gscheidlen anstellten, um experimentell zu ergründen, wie das Opium verstopfend wirkt, ergaben das auffallende Resultat, dass Morphin die Erregbarkeit des Darmes erhöht, und dass die Bewegungen des Darmes vermehrt werden.

N. hatte bereits eine eigenthümliche Wirkung beobachtet, welche



die Kali- und Natronsalze ausüben, wenn man die äußere Oberfläche des Darmes mit einem Krystall berührt. Berührt man nämlich mit einem Kalisalze, gleichgültig mit welchem, eine Stelle des Darmes, so bekommt man eine ganz energische lokale Einschnürung; berührt man mit einem Natronsalze den Darm, so sieht man neben einer lokalen Einwirkung eine aufsteigende Kontraktion des Darmes. Diese Erscheinungen sind so stetig und auffallend, dass N. vorgeschlagen hat, sich der Natronwirkung zu bedienen, wenn man bei Operationen wissen will, was die auf- oder absteigende Partie des Darmes ist. Diese Versuche wurden angestellt in der Mehrzahl an Kaninchen und zwar in dem Kochsalzbade von Sanders und Braam Houkgeest; die Thiere waren betäubt durch subkutane Ätherinjektionen, welche die Darmbewegungen fast gar nicht beeinflussen. War das Abdomen geöffnet, so überzeugte sich N. zuerst von der Wirkung der Natronsalze; dann bekam das Thier eine subkutane Morphiuminjektion und schon nach zwei Minuten fehlte die aufsteigende Natronkontraktion. Dabei kann es also sich handeln um eine Lähmung des Plexus myentericus resp. submucosus, oder um eine Reizung des Hemmungsnerven des Darmes. Injicirte aber N. noch mehr Morphin, so stellten sich nicht nur die aufsteigenden Natronkontraktionen wieder her, sondern sie erschienen stärker wie zuvor bei einer relativ großen Dosis Morphin. Daraus folgt deutlich, dass es sich bei der ersten Wirkung handelt um eine Reizung des Splanchnicus, so dass also Morphin in kleinen Dosen den Splanchnicus reizt, in größern lähmt.

Bei ganz großen Dosen gelang es N. ein paar Mal, diese zweite Periode wieder zum Verschwinden zu bringen, so dass er nur lokale Kontraktionen sah, herrührend von der direkten Einwirkung auf die glatten Muskelfasern; er fasst es so auf, dass die enormen Dosen schließlich die bewegenden Nerven der Darmwand außer Thätigkeit setzen.

Die verstopfende Wirkung des Morphiums und des Opiums besteht also darin, dass es in kleinen Dosen, wie wir sie gewöhnlich anwenden, den Hemmungsnerven des Darmes erregt, den Splanchnicus reizt, genau so wie die Digitalis auf den Herzvagus einwirkt.

Prior (Bonn).

---

346. **Engel.** Localization of intestinal catarrh. Lokalisation des Intestinalkatarrhs.

(The med. record 1882. Bd. XXII. No. 10.)

Während Nothnagel bei der Lokalisirung der Darmkatarrhe hauptsächlich die Beschaffenheit der Entleerungen in Betracht zieht, sind nach E. neben diesen noch folgende Punkte von differentielldiagnostischer Wichtigkeit: die Natur des Schmerzes, das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Übelkeit und Erbrechen, die Krankheitsursache, das Erscheinen von Blut in den Stühlen und die Be-



schaffenheit desselben, die Urinsekretion, die Wirkung auf die allgemeine Ernährung des Körpers und das Verhalten der Haut.

»Die Entleerung von Schleim allein zeigt gewöhnlich Katarrh des Rectums an, doch kann in solchen Fällen der Schleim auch aus der Flexura sigmoidea und dem Colon descendens stammen. Hyaline, schleimige, nur unter dem Mikroskop erkennbare Klümpchen, die innig mit den festen oder breiigen Faeces gemischt sind, lassen auf Katarrh im oberen Theil des Dickdarms und des Dünndarms schließen, ohne Mitergriffensein des unteren Theils des ersteren. Kleine gelbe Schleimklümpchen zeigen Katarrh des Dünndarms an. Gallig gefärbte Epithelien deuten auf Katarrh des Dünndarms mit vermehrter Peristaltik und rascher Bewegung der Contenta durch den Darm. Besteht hohes Fieber, so darf man aus dem Erscheinen unverdauter Fleisch- etc. Stücke in dem Stuhl nicht den Schluss auf eine Darmerkrankung ziehen; ein derartiger Befund ohne gleichzeitiges Fieber zeigt gewöhnlich Katarrh des Dünndarms an, doch können auch abnorme Quantitäten unverdauten Fleisches im Stuhle auftreten ohne Fieber und Darmerkrankung, wenn nur aus irgend welcher Ursache die Peristaltik über die Norm gesteigert ist. Ist bei einem Darmkatarrh die Fettmenge in den Faeces eine abnorm große, so deutet das ebenfalls auf vermehrte Peristaltik.«

Von der Auskultation und Perkussion ist nach E. bei der Lokalisirung der Darmkatarrhe nichts zu erwarten.

Bezüglich des Schmerzes stellt E. folgende Behauptungen auf: »Ist derselbe kneifend und wird durch Druck gemildert, so handelt es sich um Katarrh des Dünndarms, eben so wenn der Schmerz um den Nabel herum lokalisirt ist. Ist der Leib aufgetrieben, ohne dass der Pat. ein Gefühl von Völle und Beklemmung hat, so handelt es sich um Erkrankung des Dünndarms, im andern Fall um solche des Col. transversum. Verstopfung, allein oder abwechselnd mit geringen flüssigen Entleerungen, mit Fieber und mit lokalisirtem Schmerz im Bereich einer wurstförmig aufgetriebenen, gegen Druck empfindlichen Stelle deutet immer auf eine Erkrankung des Colon; besonders häufig ist das Coecum ergriffen — katarrhalische Typhlitis. Tenesmus und zum Rücken und After ausstrahlende Schmerzen kommen vor bei Erkrankung des Col. desc., der Flex. sigmoid. und des Rectums. Wird der Schmerz mehr durch Aufstoßen als durch Flatus gemildert, so ist der Dünndarm Sitz der Erkrankung, ist das Gegentheil der Fall, der Dickdarm. Nausea, Erbrechen, belegte Zunge kommt gewöhnlich bei Katarrh des Dünndarms, selten des Dickdarms vor; Diätfebler erzeugen meist den ersteren, Erkältung und infektiöse Ursachen den letzteren. Das Blut ist um so dunkler, je höher im Darm die Quelle der Blutung liegt; es ist nach E. ein Irrthum, die schwarze Farbe des Blutes allein der Einwirkung des Magensafts zuzuschreiben, da die Galle ebenfalls das Blut schwarz macht. Ist der Sitz der Blutung im Dickdarm, so findet man in dem Stuhl hellrothe Blutcoagula.

Die Urinsekretion ist um so weniger gestört, je höher der Sitz der Darmaffektion ist, eventuell beobachtet man bei Erkrankung des oberen Abschnittes des Dünndarms eine vermehrte, bei Ergriffensein der unteren Dünndarmpartien und des Colons eine verminderte Urinsekretion. Katarrhe des Dünndarms erzeugen rascher Abmagerung und Kräfteverfall, als solche des Dickdarms. Hauteruptionen, z. B. Herpes labialis, lassen immer schließen, dass die Erkrankung auf den Dünndarm beschränkt ist.

Von praktischer Wichtigkeit ist nach E. die Lokalisation der Darmkatarrhe hinsichtlich der Therapie und der zu verordnenden Diät. Will man antiphlogistisch oder ableitend wirken, so ist der Erfolg um so sicherer, je genauer die angewendeten Mittel (Blutegel, Vesicantien etc.) auf die dem erkrankten Darmabschnitt entsprechende Hautpartie applicirt werden. Die besten Mittel, um eine Entleerung des Darmes herbeizuführen, sind nach E. bei Affektionen des Dünndarms Rheum, Kalomel und Podophyllin, bei denen des Dickdarms Aloe und Klysmata; gegen chronische katarrhalische Entzündung des Dünndarms empfiehlt er Mandelemulsion mit Zusatz von Aq. Laurocerasi, bei jener des Dickdarms Injektionen von lauem oder kaltem Wasser mit Zusatz von kleinen Mengen Natr. bicarb. und Kochsalz; als Adstringentien sind bei Dünndarmaffektionen Plumb. acet., Arg. nitr., Wismuth, Acid. tannic. und Kino, bei Dickdarmerkrankung adstringirende Suppositorien etc. anzuwenden (s. das Weitere im Original). Hinsichtlich der Diät empfiehlt E. bei Dünndarmaffektionen Vermeidung eiweißreicher Nahrungsmittel, die, wie z. B. Milch bei der Enterokolitis der Kinder, oft schlecht ertragen werden, dagegen Schleim- und Wassersuppen; bei Dickdarmerkrankung sind nur solche Nahrungsmittel abzurathen, die viele und feste Faeces machen.

Brockhaus (Godesberg).

---

347. **Cattani.** Sul tumori renali. Über die Nierengeschwülste.

(Archivio scienze mediche vol. IV. Fasc. 1.)

Die Unterscheidung zwischen Nieren-Krebs und -Sarkom wird oft vernachlässigt, indem man unter dem kollektiven Namen »Krebs« sowohl den wahren Krebs als andere maligne Geschwülste und besonders Sarkom umfasst. Desswegen sind die diesen Punkt betreffenden Statistiken meistens wenig genau. Verf. findet unter 395 Fällen von Gestorbenen in Folge von krebsigen Affektionen fünfmal den Nierenkrebs, einmal das Sarkom. In Fällen von Krebs beobachtete er immer Hämaturie, welche im Falle des Sarkom fehlte. Die Schmerzen, welche beständig die beobachteten Fälle begleiteten, hatten die Form von Anfällen, welche auf den Lenden ausstrahlten, und fast ausschließlich die Lendengegend trafen, wo sich die erkrankte Niere fand. Was die Harnuntersuchung betraf, so lassen die darin gefundenen Elemente nur die Läsion vermuthen. Sie fehlen vollständig in den meisten Fällen, so dass dies als ein wenig genaues



diagnostisches Kriterium betrachtet werden kann. In zwei Fällen beobachtete Verf. die villöse Form des Krebses, welche nie vorher beobachtet worden war. Bei denselben war auffallend die Entwickelung der Papillen aus dem Epithelium der Harnkanälchen, und zwischen den Schichten des proliferirenden Epitheliums setzte sich das peritubuläre Bindegewebe ein, so dass das Epithelium die papilläre resp. villöse Form annahm. **Graziadei** (Turin).

Kasuistik.

348. **Bucquoy.** Kyste hydatique du poumon droit; opération de l'empyème après ponctions. Guérison. Hydatidencyste der rechten Lunge. Operation des nach Punktionen entstandenen Empyems. Heilung.

(L'union méd. 1882. No. 120.)

Ein 39jähriger Mann erkrankt an Fieber, Stichen in der rechten Seite, Übelkeit und galligem Erbrechen. Bei der Aufnahme ins Hospital ergab die Untersuchung mäßiges Exsudat rechterseits, Leber nicht vergrößert. Trotz der geringen Ausdehnung des Exsudats schwere Allgemeinerscheinungen; keine Tuberkulose. 10 Tage später rechtsseitiger Pneumothorax. Bei der rapiden Verschlimmerung des Allgemeinbefindens wurde die Punktion für indicirt gehalten und ausgeführt. Entleerung von 2800 ccm eitriger und stinkender Flüssigkeit. Vorübergehende Besserung. Nach einigen Tagen quälender Husten mit übelriechendem Auswurf. Eine neue Punktion entleerte ca. 100 ccm stark fötider Flüssigkeit. Es wurde daher die Empyemoperation beschlossen, um die Pleurahöhle besser ausspülen zu können. Bei derselben entleerten sich 800 ccm übelriechenden Eiters, in dem membranöse Fetzen schwammen. »Die Pleurahöhle schien leer als in der Operationswunde sich eine membranartige Masse vordrängte, die durch die Hustenstöße nicht ausgetrieben wurde, und welche man nach Einführung von zwei Fingern in die Pleurahöhle herausbeförderte. Die Masse hatte die Größe einer dicken Orange und erwies sich bei der Untersuchung als eine Hydatidencyste. Nach Entfernung derselben konnte man mit dem in die Pleurahöhle eingeführten Finger durch das Zwerchfell die vollständig glatte, konvexe Leberoberfläche betasten, so dass der Ursprung der Cyste nicht in der Leber gesucht werden konnte.« Bei den darauffolgenden Ausspülungen der Pleurahöhle wurde das Vorhandensein einer Kommunikation zwischen letzterer und den Bronchien konstatirt, indem die Ausspülungsflüssigkeit in den Mund gelangte und heftigen Husten veranlasste. Die Heilung erfolgte langsam aber vollständig. **Brockhaus** (Godesberg).

349. **Schuchardt.** Arrosion der Vena anonyma sinistra durch einen diphtheritischen Abscess nach Tracheotomie.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 15.)

Ein wegen Diphtheritis tracheotomirtes Kind von 4 Jahren bekam plötzlich 5 Tage nach der Operation eine enorme Blutung aus der Halswunde, welche in kürzester Zeit zum Tode führte. Das Blut war dunkelroth und stoßweise entleert worden.

Bei der Sektion gelangte man vom untern Theile der 3 cm langen Trachealwunde aus in eine große mit Blutcoagulis angefüllte zerrissene Höhle, welche sich in das Mediastinum herabzog und deutlich in die Herzbeutelhöhle vorbuchtete. Das Perikard war hier leicht gefärbt und mit feinen Fibrinbeschlägen versehen. Im Grunde der Abscesshöhle lagen die großen Gefäßstämme der linken Halsseite entblößt da, vielfach bedeckt durch missfarbige, graugelbliche Auflagerungen und

hierdurch etwas unkenntlich. Bei der Injektion von Wasser in die Gefäßstämme erwiesen sich die Arterienstämme als unversehrt, dagegen fand sich ein zerrissener 1 cm langer Spalt in der Wand der Vena anonyma sinist., gerade an der Theilungsstelle der V. subclavia und V. jugularis interna. Die Schleimhaut der Mundhöhle, Fauces, Mandeln, Uvula, Kehlkopf und Trachea waren vollkommen frei von Auflagerung und Entzündung. An der Trachealwunde fand sich eine kleine graugelbliche Auflagerung.

Einen ähnlichen Fall beobachtete Marchand, welcher bei der Obduktion ein stecknadelkopfgroßes Loch in der Arteria anonyma fand, durch Arrosion seitens eines diphtheritischen Abscesses verursacht, während die diphtheritische Halsaffektion vollkommen ausgeheilt war. Die tödliche Blutung war 7 Tage nach der Tracheotomie eingetreten, innerhalb welcher Zeit sich der prätracheale Abscess schleichend entwickelt und nach dem Mediastinum gesenkt hatte.

Prior (Bonn).

350. **Schuchardt.** Großes Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus aortae mit Usur der vordern Brustwand und Bildung eines mächtigen extrathoracischen Sackes. Tod durch Verblutung aus letzterem.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 15.)

Bei der Sektion des Pat., welcher 8 Jahre an Aneurysma gelitten haben soll und schließlich Blutungen erlag, welche drei Tage vor dem Tode sich einstellten, fand sich auf der Vorderfläche der Brust, fast in der Mittellinie eine mehr wie kindskopfgroße Geschwulst, mit breiter Basis aufsitzend, in den obern Theilen waren zwei große zerrissene, mit frischen Blutgerinnseln bedeckte Perforationsöffnungen.

Der Inhalt dieses Tumor war größtentheils Blutgerinnsel, in den äußern Theilen mehrfach derb geschichtet, innen von frischerer Beschaffenheit. Durch eine über fünfmarkstückgroße rundliche Öffnung im Sternum hängt die große äußere Geschwulst mit einem etwa eben so großen aneurysmatischen ziemlich dünnwandigen Sacke zusammen, welcher von der hochgradig erweiterten Aorta ascendens und dem Arcus aortae gebildet wird, zum Theil noch intraperikardial liegt und sich beiderseits stark gegen den Lungenhilus vorwölbt. Die äußere Geschwulst drängte ihrerseits wieder nach innen gegen die Pleura hin vor, und zwar besonders rechts an einer thalergroßen Stelle an der 3. und 4. Rippe in der Mamillarlinie, in Gestalt einer flach rundlichen, elastischen Erhebung. Das Herz war ziemlich groß, schlaff; die Aortenklappen etwas verdickt, sonst unverändert. Die Aorta sowohl wie die großen peripheren Gefäße waren schwer endarteriitisch erkrankt und verändert.

Prior (Bonn).

351. **Draper.** Rare case of chylous urine. Seltener Fall von chylösem Urin.

(The medical record Bd. XXII. No. 8.)

Ein 37jähriger Mann aus Westindien war in seinem 17. Jahre vom Pferde gestürzt und hatte dabei verschiedene Verletzungen der rechten Körperseite, aber keine am Kopfe dovongetragen. Bei einer bald nachher unternommenen längeren Seereise stellte sich erschwertes Uriniren ein. Nach der Expulsion eines kleinen, harten Klümpchens wurde die Entleerung des Harns wieder leicht; derselbe hatte längere Zeit hindurch eine milchige Beschaffenheit und wurde dann wieder klar und normal. Eine Striktur war nicht vorhanden, auch hatte Pat. nie an Tripper gelitten. Ähnliche Anfälle wiederholten sich im Laufe der folgenden 20 Jahre öfters. D. untersuchte den Harn während eines solchen; derselbe war von saurer Reaktion, eiweiß- und fetthaltig. Beim Stehen bildete sich ein opaker, gallertiger Niederschlag. Die Konsistenz des Harns war die der gewöhnlichen Milch. Unter dem Mikroskop zeigten sich Blut- und Lymphkörperchen, Fetttröpfchen und Fibrin. D. glaubte zunächst, dass es sich um Ruptur von Lymphgefäßen der Harn-



organe handele. Bei einer Untersuchung des Blutes wurde die Gegenwart einer großen Menge von Filaria sanguinis hominis konstatirt. Die einzelnen Exemplare dieses Parasiten hatten eine Länge von $^1/_{150}$—$^1/_{85}$ Zoll und einen Durchmesser von $^1/_{3500}$ Zoll. Merkwürdig war, dass dieser Parasit nur in dem während des Schlafs entnommenen Blut gefunden wurde. Auffallend war ferner, dass in dem nach einem Mosquitostich ausgetretenen Blut die Menge von Filaria eine größere war als in gleichzeitig entnommenen Blutproben. In welcher Weise der Chylusgehalt des Urins mit diesem Blutparasiten in kausaler Beziehung stand, lässt D. unentschieden, glaubt aber, dass in den Zeiten, in welchen der Urin normal war und Pat. sich vollständiger Gesundheit erfreute, das Blut frei von Filaria gewesen ist.

Brockhaus (Godesberg).

Litterarische Neuigkeiten.

J. B. Baillière & fils, Paris.

d'Ardennes, L., Les microbes, les miasmes et les septicémies. 8°. 4 Fr.
Chapuis, A., Précis de toxicologie. 8°. 4 Fr.
Legrand du Saulle, Les hystériques. 8°. 8 Fr.
Rougier, L. A., Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. 8°. 3 Fr.
Schlemmer, G., Étude sur les bronchites. 8°. 4 Fr.
Thiébaut, H., De la dilatation de l'estomac. 8°. 5 Fr.

A. P. Lemerre in Paris.

Déclat, Traitement antiseptique des maladies de la peau. 3e Édition. 12°. 3 Fr.

F. Furchheim in Neapel.

Tempesta, Q., Della obesità nelle donne. 8°. 3 Lire.

Typografia dell' Unione, Neapel.

Smurra, P., Nuove ricerche critiche sulla difterite. 8°. 3 Lire.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



// Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Prof. **Ehrlich**, Prof. **Finkler**, Dr. **A. Fränkel**
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 26. **Sonnabend, den 14. Oktober.** **1882.**

352. **Hayem.** Nouvelles recherches sur la coagulation du sang. Neue Untersuchungen über die Gerinnung des Blutes.

(L'union méd. 1882. No. 115, 118, 121, 125, 129 u. 132.)

Frühere Untersuchungen H.'s (s. dieses Centralblatt No. 19) haben ergeben, dass im Blute ein anatomisches Element, die Hämatoblasten, konstant vorkommt, welches sich durch ungemein leichte Veränderlichkeit auszeichnet und bei der Gerinnung eine Hauptrolle spielt. Um die Beziehungen, welche zwischen den Veränderungen der Hämatoblasten und der Fibrinbildung bestehen, genauer zu studiren, hat H. eine neue Reihe von Experimenten angestellt und zwar hauptsächlich an Pferden, deren Blut, seiner langsamen Gerinnung wegen, sich zu solchen Untersuchungen am besten eignet. Er stellte zunächst fest, dass die rothen Blutkörperchen bei dem Gerinnungsprocess voll-



ständig unbetheiligt sind; die Details der Versuche sind im Original nachzusehen. Er fand, dass die in der bekannten Geldrollenform zusammengetretenen und Anfangs zäh an einander haftenden rothen Körperchen nach vollendeter Gerinnung des Blutes sich leicht trennen lassen; bei defibrinirtem Blut tritt die Geldrollenbildung zwar auch ein, aber der Zusammenhang der einzelnen sie konstituirenden Körperchen ist von vorn herein ein lockerer. Diese Unterschiede in den physikalischen Eigenschaften der rothen Blutkörperchen vor und nach der Gerinnung sind noch deutlicher in dem Blute von Personen, die an entzündlichen Krankheiten leiden. H. glaubt, dass die rothen Körperchen im normalen Zustande von einer zähen Masse umgeben sind, welche während der Gerinnung des Blutes eine Erhärtung erleidet, dass also das rothe Körperchen an sich der Sitz einer Art von Gerinnung ist. Mit der Gerinnung des Blutes hat dieser Vorgang nichts zu thun; die Viskosität der rothen Körperchen kann eine deutliche Vermehrung erfahren, ohne dass das Blut fibrinreicher ist; in einem solchen Falle (hypertrophische Cirrhose mit Ikterus) war der Fibringehalt des Blutes geringer als normal. Die Modifikationen in der Viskosität der rothen Körperchen sind also von denen des Fibrins unabhängig. Zuweilen fand H., dass die Viskosität der rothen Körperchen, nachdem sie eine Zeit lang nach der Defibrinirung des Blutes verringert war, 24 bis 48 Stunden später wieder deutlicher ausgeprägt erschien.

Bezüglich der weißen Blutkörperchen ist H. auf Grund seiner Untersuchungen ein Gegner von A. Schmidt, welcher denselben eine bedeutende Rolle bei der Blutgerinnung vindicirt.

Die zur Stütze der Schmidt'schen Ansicht angeführte Beobachtung von gleichzeitiger Vermehrung der weißen Körperchen und des Fibrins in entzündlichen Krankheiten wird durch andere gegentheilige entkräftet. So fand H. in zwei Fällen von Leukocythämie und in einem von Knochensarkom bedeutende Vermehrung der weißen Körperchen ohne eine solche des Fibrins. Der Umstand, dass die weißen Körperchen die am meisten widerstandsfähigen Formelemente des Blutes sind, spricht nach H. gegen ihre Betheiligung am Gerinnungsprocess.

Weiter hat H. gefunden, dass die Gerinnungsfähigkeit des Blutes sich ändert mit der Vulnerabilität der Hämatoblasten. Letztere ist so groß, dass es nur schwer gelingt, die Hämatoblasten unverändert unter dem Mikroskop zu Gesicht zu bekommen. H. studirte das Verhalten der Hämatoblasten während der Stagnation des Blutes in den übrigens unverletzten Gefäßen. So lange das Blut flüssig blieb, waren Veränderungen nicht wahrzunehmen, dagegen traten dieselben nach Entleerung des Blutes sofort und rascher als bei frischem Blut ein. Die Experimente Glénard's, nach denen das Blut flüssig und uncoagulirt bleiben kann unter Bedingungen, unter denen die Hämatoblasten sicher verändert sind, weist H. als ungenau nach. Es gelang ihm nicht, durch Filtration etc. ein von Hämatoblasten freies und daher uncoagulirbares Plasma zu erhalten; dagegen fand er bei den



diesbezüglichen Versuchen erhebliche Verschiedenheiten zwischen dem Fibrin des nicht filtrirten und des filtrirten Plasmas: die Menge desselben, die Schnelligkeit, mit der die Gerinnung eintritt und die Retraktilität des Coagulums sind in ersterem größer und stehen nach H. in geradem Verhältnis zur Menge der im Plasma befindlichen Hämatoblasten.

Bezüglich der Kälte, welche bekanntlich die Gerinnung verhindert, fand H., dass dieselbe nicht ausschließlich auf die Hämatoblasten einwirkt, sondern auch die Fibringeneratoren beeinflusst. Es zeigte sich dabei, dass der Kontakt mit Fremdkörpern unmittelbar Gerinnung hervorrufen kann, ohne Mitwirkung von Hämatoblasten.

Ferner untersuchte H. den Einfluss der Gefäßwandung auf die Gerinnung. Er bespricht die verschiedenen Hypothesen hierüber, von denen er die Brücke'sche für die wahrscheinlichste hält, da eine Beziehung zwischen dem Flüssigbleiben des Blutes und der Integrität der Gefäßwand unzweifelhaft existirt. Er ist der Ansicht, dass auch hierbei die Hämatoblasten eine Rolle spielen, und glaubt nicht, dass der Einfluss der Gefäßwand auf das Flüssigbleiben des Blutes der gleichen Wirkung der Kälte und verschiedener Salze analog ist. Auf Grund seiner Experimente schließt er:

1) Wenn das Blut in frischen Gefäßabschnitten flüssig bleibt, so geschieht dies einzig und allein, weil unter diesen Bedingungen die Lebensfähigkeit der Hämatoblasten erhalten ist.

2) Wenn die Fibringeneratoren im Blutplasma gelöst sind, so coagulirt das in der Ader stagnirende Blut trotz der Integrität der Gefäßwand fast eben so, wie in einem offenen Gefäße.

Die von Bizzozero entdeckten Blutplättchen (s. dieses Centralblatt No. 11) hält H. für identisch mit seinen Hämatoblasten.

Brockhaus (Godesberg).

---

353. **Martineau** et **Hamonic.** De la bactéridie syphilitique. De l'évolution syphilitique chez le porc. Über das syphilitische Bakterium. Über die Entwickelung der Syphilis beim Schweine.

(L'union méd. 1882. No. 122.)

Die Verff. excidirten einen indurirten Schanker aus der linken kleinen Schamlippe und brachten ihn in Pasteur'sche Nährflüssigkeit (s. die Details im Original). Nach 3 Stunden zeigten sich in letzterer flockige Trübungen, nach $6^1/_2$ Stunden bildete sich auf dem Grunde des Gefäßes ein geringer grauer Niederschlag.

Am folgenden Tage ergab die mikroskopische Untersuchung die Gegenwart zahlreicher Bakterien in der Flüssigkeit. Dieselben zeigten Stäbchenform und lebhafte Bewegungen verschiedener Art. Die am häufigsten beobachtete Bewegung war der einer Magnetnadel ähnlich. Die Länge der Bakterien war verschieden, übertraf aber nicht den



Durchmesser eines Blutkörperchens. Man bemerkte an denselben weder Kerne, noch Umhüllungen, noch Granulationen. Sie waren meist zu zweien in einer horizontalen Linie gruppirt, entweder allein in folgender Form (— —) oder je zwei und zwei verbunden (== ==). Neben diesen sah man in geringer Zahl andere, 5—6mal so lange Formen, die sich wenig bewegten, und vereinzelte kleine, sich lebhaft bewegende Punkte, welche, wie spätere Untersuchungen ergaben, die von oben gesehenen Spitzen der stäbchenförmigen Bakterien darstellten.

Die Verff. machten mit dieser Flüssigkeit subkutane Injektionen in der Nähe des Penis bei einem fünf Monate alten Schwein. Schon am folgenden Tage konnten sie im Blute des Thieres analoge Bakterien nachweisen; ungefähr einen Monat nach der Injektion zeigten sich aus Abdomen des Thieres papulo-squamöse Syphiliden und gleichzeitig fielen die Haare aus. Ferner entwickelte sich in der Nähe der Injektionsstelle ein nussgroßer, schmerzhafter, unter der Haut beweglicher Tumor, der später mit der Haut adhärent wurde und ulcerirte. Nach einigen Wochen ist dieser Tumor gleichzeitig mit den Hauteruptionen verschwunden, die Ulceration ist mit Hinterlassung einer Induration vernarbt. Im Blut sind um diese Zeit keine Bakterien mehr nachzuweisen. Ein kleiner, rundlicher, bei Druck schmerzhafter Tumor, der sich am rechten Vorderfuß gebildet hatte, ist gleichfalls in der Verkleinerung begriffen.

Die Verff. impften ferner das Sekret eines indurirten Schankergeschwürs auf ein einige Wochen altes Schwein. 4 Tage nachher fanden sie im Blut des Thieres Bakterien, welche den oben beschriebenen ähnlich waren; nach 14 Tagen erschienen am Abdomen papulöse Syphiliden, Anfangs isolirt, später in größerer Zahl, die einige Zeit hindurch bestehen blieben, aber 2 Monate nach der Impfung vollständig verschwunden waren. Bei der Untersuchung des Blutes fanden sich einige Wochen nach der Impfung keine Bakterien mehr. Die Impfversuche, welche mit den im Blut dieser beiden Schweine gefundenen und weiter gezüchteten Bakterien an anderen Thieren angestellt wurden, hatten ein negatives Resultat.

Die Verff. machen auf die Schnelligkeit, mit der die Syphilis sich beim Schweine in beiden Fällen entwickelte, aufmerksam, so wie darauf, dass diese Krankheit bei den Thieren nicht die ganze Reihenfolge von Erscheinungen darbietet, wie beim Menschen. Sie glauben, dass nicht alle Thiere für das syphilitische Virus empfänglich sind. Bemerkenswerth ist ferner das rasche Verschwinden der Bakterien und die ziemlich schnelle Heilung der konstitutionellen Erkrankung.

Brockhaus (Godesberg).

---

354. Kerschensteiner. Über die Vertragbarkeit der Masern, des Scharlachs und der Blattern durch dritte Personen.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 37—40).

In einem Vortrag über obiges Thema, gehalten im ärztlichen Verein zu München, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen, nachdem sich an den Vortrag selbst eine interessante Diskussion angeknüpft hatte:

1) Die häufigste Ansteckungsart ist bei Blattern, Scharlach und Masern die unmittelbare, vom Kranken selbst ausgehende.

2) Die Vertragung des Keimes der Blattern, des Scharlachs und der Masern durch dritte Personen geschieht nur ganz ausnahmsweise.

3) Das Ausstauben von inficirten Kleidern bildet eine eigene Art der Übertragung.

4) Die Verschleppung durch Gegenstände, welche von den Kranken selbst benutzt wurden, muss zur unmittelbaren Übertragungsart gerechnet werden, eben so die Ansteckung durch ein hartnäckiges, ungewöhnlich lange Zeit an einer Lokalität haftendes Kontagium.

5) Die günstigsten Bedingungen für Ansteckung überhaupt existiren im Eruptionsstadium und zur Blüthezeit, die weniger günstigen im Stadium der Abschuppung.

Aus diesen Sätzen ergiebt sich für die sanitätspolizeiliche Praxis die Schlussfolgerung, dass bei den genannten drei Krankheiten der Verkehr von den Kranken zu Gesunden durch dritte Personen freigegeben werden darf, dass aber Alles vorzukehren ist, was direkte unmittelbare Ansteckung erzeugen kann. **Seifert** (Würzburg).

---

355. Schultze (Heidelberg). Über Tetanie und die mechanische Erregbarkeit der peripheren Nerven.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 20 u. 21.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von Tetanie, von denen er 2 genauer beschreibt; der erste derselben, welcher eine 33jährige Näherin betraf, zeichnete sich durch eine hochgradige mechanische Übererregbarkeit aller oberflächlich gelegenen peripheren Nerven mit Ausnahme der Nerven der unteren Extremitäten aus, während die direkte Muskelerregbarkeit für mechanische Reize nicht erhöht war. Eben so war die elektrische Erregbarkeit hochgradig gesteigert. Der zweite Fall betraf einen 18jährigen Bierbrauer, bei dem sich die Tetanie hauptsächlich in tonischen Krämpfen des Radialisgebiets äußerte, die nicht bloß durch Druck auf die Art. brachialis, sondern auch durch Druck auf die Radialis und Carotis hervorgerufen werden konnten. Einen gleichen Effekt hatte die Einwicklung der Arme mit elastischen Binden und die Suspension derselben. Besonders bemerkenswerth war an diesem Falle eine während der Dauer der tonischen Krämpfe bestehende kom-



plete Analgesie und Anästhesie, die Verf. in keinem der übrigen Fälle konstatiren konnte, während ein anderes Phänomen, Erweiterung der Pupille nach Druck auf die Carotis der gleichen Seite, sich auch in andern Fällen fand.

Unter den 5 nicht näher beschriebenen Fällen befanden sich 2 Kinder mit Darmkatarrh. Nach einer kurzen Besprechung der Ätiologie und Pathologie der Krankheit geht Verf. über auf das Verhalten der mechanischen Erregbarkeit der peripheren Nerven. Durch einen genauen Vergleich des Verhaltens der peripheren Nerven (Gesichts- und Extremitätennerven) auf Perkussion der motorischen Punkte bei Gesunden und Tetanischen kommt er zu dem Resultate, dass es sich bei der Tetanie lediglich um eine Steigerung der schon normaler Weise vorhandenen mechanischen Erregbarkeit der peripheren Nerven handle. Die direkte mechanische Muskelerregbarkeit dagegen fand Verf. in keinem seiner Fälle erhöht. In Bezug auf die Frage, ob diese mechanische Übererregbarkeit der Nerven sich auch bei andern Krankheiten finde, verweist er auf die von Charkot festgestellte Hyperexcitabilité neuro-musculaire bei hypnotischen Hysterischen, wo jedoch zum Unterschied von der Tetanie es sich meist um Kontrakturen handle, die sich nur durch permanenten Druck auslösen lassen und auf der Tetanie ähnliche Erscheinungen im Gebiete des N. facialis bei bulbären Erkrankungen. Verf. bespricht dann das Entstehen der Krämpfe bei Tetanie durch Arterienkompression. Die von Weiss aufgestellte Hypothese, dass bei der Kompression der Gefäße die Sympathicusfasern mitgedrückt wurden und dieser Reiz reflektorisch die vordere graue Substanz errege, lässt er nicht gelten und schreibt dem von Weiss konstatirten Zusammentreffen von Schilddrüsenexstirpation und Tetanie keine Beweiskraft für dessen Hypothese zu, da nur in einem der beschriebenen Fälle das Verhalten der Erregbarkeit der peripheren Nerven vor der Operation geprüft worden sei.

Am nächstliegenden sei es den Grund für die Krämpfe in der Anämisirung zu suchen, in einer Reihe von andern Fällen handle es sich sicher um Muskelüberanstrengung bei einem zur Erregbarkeitserhöhung disponirten Individuum. Für die erstere Anschauung spreche der schon erwähnte Fall von dem Brauer, bei dem Suspension der Arme Krämpfe auslöste. Das letztere ätiologische Moment belegt er mit einem einen Soldaten betreffenden Fall, bei dem die Tetanie stets nach Turnen, langen Märschen und Ausführung von Griffen auftrat. Eben so trat bei dem Brauer nach Ausführung stärkerer Muskelaktion der Ober- oder Unterextremitäten von der Dauer einer Minute Tetanus auf. Allem nach seien es demnach viel eher die sensiblen Nerven als die sympathischen, welche den reflektorischen Vorgang veranlassen, doch lasse sich Bestimmtes hierüber noch nicht sagen. Verf. geht dann noch auf die Frage ein, wo im Nervensystem der Sitz der Tetanie zu suchen sei und möchte mit den meisten Autoren die Tetanie als eine peripherische Neurose auffassen mit dem Vorbehalte, dass sehr wohl das ganze motorische System von der Ganglienzelle bis

zur Verbindung mit der Muskelfaser sich im Zustande erhöhter Erregbarkeit befinden könne. Pathologisch-anatomische Grundlagen für die Tetanie fehlen noch vollständig. In Bezug auf die Therapie der Krankheit hat Verf. von der Anwendung des galvanischen Stromes keinen Erfolg gesehen und nur durch Ruhe, Schonung und Pflege des Körpers Besserung erzielt. **Gessler** (München).

---

356. **Nussbaum.** Einfache und erfolgreiche Behandlung des Schreibekrampfes.

(Ärztliches Intelligenzblatt 1882. No. 39.)

Von der Annahme ausgehend, dass bei diesem Leiden stets der Muskelantagonismus pathologisch verändert sei, dass spastische Kontraktionen der Flexoren und Adduktoren neben einem Schwächezustand der Extensoren und Abduktoren vorhanden sei, konstruirte N. einen Federhalter, der mit den Extensoren und Abduktoren statt mit den Flexoren und Adduktoren geführt wird. Diesen Zweck erreichte er durch Anlegung eines querovalen Bracelets von Guttapertscha, in das nur die vier ersten Finger (am wenigsten weit der Daumen), hineingesteckt werden und das so weit ist, dass es nur durch Benutzung aller Extensoren der vier Finger und der Abduktoren des Daumens festgehalten werden kann. An diesem Bracelet befindet sich der Stiel der Feder so angeschraubt, dass die Feder das Schreibpapier bequem berührt, wenn die Hand auf dem Tisch aufliegt. Durch einige Anstrengung der Extensoren wird das Bracelet gehalten, je fester desto besser und das Schreiben nach kurzer Übung leicht erlernt. Die Flexoren und Adduktoren werden bei dieser Art zu schreiben von jeder Funktion ausgeschlossen, daher nie vom Krampfe mehr befallen, die Extensoren und Abduktoren müssen sich dagegen mehr anstrengen, werden dadurch besser innervirt und ihr Schwächezustand zum Verschwinden gebracht.

N. brachte bei einigen Fällen den Schreibekrampf auf die angegebene Weise zur Heilung. **Seifert** (Würzburg).

---

357. **Fräntzel.** Über die Anwendung von Probepunktionen bei der Diagnose und bei der operativen Behandlung pleuritischer Exsudate.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin p. 200.)
Wiesbaden, **I. F. Bergmann,** 1882.

Angehend gegen die große Beliebtheit, welche sich in der Praxis die Probepunktion erworben, betont F., dass sie »in Wirklichkeit meist überflüssig oder schädlich, selten wahrhaft zweckmäßig ist«. Einestheils kann die Punktion von Verschlimmerungen gefolgt sein, andererseits gewährt sie zu diagnostischen Zwecken keine besonderen Vortheile vor den gewöhnlichen kapillaren Trokaren, mit welchen



man die Entleerung gleich vollführen kann. Als besondere Nachtheile der Probepunktion führt F. Folgendes an:

»1) Oft entleeren wir hierbei nichts, während unsere gleich darauf angewandten gewöhnlichen Punktionsapparate große Mengen Flüssigkeiten entfernen.

2) Wir riskiren die Lungen zu verletzen, der Glaube, dass dies nichts schade, ist ein Aberglaube.

3) Wir entleeren nicht selten nur eine seröse Flüssigkeit, während das Exsudat wirklich eiterig ist.

4) Die Kanüle bricht bei ihrem Eindringen durch dicke Pleuraschwarten ab.

5) Das Exsudat wird durch die Punktion eiterig oder

6) gar jauchig.« **Finkler** (Bonn).

---

358. **Rossbach.** Über vasomotorische Zustände der Halsschleimhaut.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.)
Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1882.

Mit Studien über die Behandlungsweise der Respirationskrankheiten beschäftigt, richtete R. zunächst seine Aufmerksamkeit auf das physiologische und klinische Verhalten der Schleimhäute. Vorab stieß er auf die auffällige Thatsache, dass die Schleimproduktion der Schleimhäute nicht etwa unter dem Einfluss von Centren außerhalb der Schleimhäute steht; die Schleimproduktion in den Schleimhäuten des Kehlkopfes und der Luftröhre ging stetig voran, auch wenn sämmtliche versorgenden Nerven durchschnitten waren, eben so wenn die Luftröhre oder der Kehlkopf oben und unten fest zusammengeschnürt war, so dass also das Blut nur noch von hinten, dem Ösophagus aus, in sie hineingelangen konnte. Andrerseits ließ sich feststellen, dass der Blutreichthum der Schleimhäute von Einfluss auf die Sekretion ist, und von diesem Gebiet aus das Centralnervensystem einen Einfluss auf die Menge der Schleimabsonderung besitzt. War bei einem Thiere, nach Durchschneidung aller Nerven, durch Liegen an der Luft die Schleimhaut allmählich geröthet, so trat eine vermehrte Schleimsekretion ein; durch Reizung der vasomotorischen Gefäßnerven nahm die Schleimabsonderung ab. — Es giebt eine Art von Katarrh, bei welchem die Menge der Schleimsekretion nicht im Verhältnis zur Stärke der Blutdurchströmung steht, welcher schon längst den Namen »trockener Katarrh« führt.

Weiterhin prüfte R. das obige vasomotorische Verhalten bei Einwirkung von Kälte auf den Körper. Die Sicherheit und Schärfe des Nachweises, wie Katarrhe durch äußere Erkältung zu Stande kommen, ist außerordentlich groß. Wenn man nämlich Thieren, etwa durch warme Umschläge, den Bauch erwärmt, also nur einen Theil des Körpers so gestaltet, wie man ihn bei einer Erhitzung annimmt, und nun einen kalten Umschlag auf die Partie bringt und gleichzeitig die

Schleimhäute beobachtet, so sieht man jedes Mal etwa nach einer halben Minute einen kompleten Arterienkrampf der Respirationsschleimhäute, so dass sie leichenblass erscheinen und die Schleimsekretion abnimmt. Der Krampf, welcher je nach der Kälteeinwirkung verschieden lange dauert, geht nach 5—10 Minuten in das Gegentheil über. Die Injektion wird immer lebhafter, es treten sogar Zeichen von verlangsamter Cirkulation auf. Es folgt daraus, dass wir uns die Schleimhautkatarrhe als auf dem Wege von Reflexen entstanden zu denken haben, welche durch den Einfluss der äußern Erkältung hervorgerufen werden. — Man nimmt an, dass die normale Schleimhaut immer dieselbe Röthe habe. R. fand aber, dass bei einigen an Neurasthenie oder Hypochondrie leidenden Menschen Labilität des vasomotorischen Systems vorhanden ist. Bei einem Pat. fand er z. B. starke Röthung und Schwellung der Schleimhäute, so dass er zu der Diagnose »chronischer Rachenkatarrh« kam; eine Viertelstunde nachher war die Schleimhaut blass und normal roth; wiederholt konnte sich R. überzeugen, wie an einem Tage die Schleimhaut normal gefärbt, am andern stark geschwellt war. Ähnliche Verhältnisse zeigten sich deutlich bei hysterischen Frauen. Ob aber ein Zusammenhang zwischen der starken Injektion und den Gefühlen, über welche der Kranke klagte, vorhanden war, oder ob beide von einer dritten Ursache abhingen, ließ sich nicht entscheiden. **Prior** (Bonn).

---

359. **E. Bull.** Operation bei einem perityphlitischen Abscesse. Tod.

(Mitgetheilt in der norweg. med. Gesellschaft zu Christiania in der Sitzung am 27. September 1882.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1882.)

25jähriger Mann. Vor einigen Jahren vorübergehende Schmerzen in der Ileocoecalregion. Als Kavallerist bekam er bei einem Feldmanöver vor 7 Wochen wieder einige Tage einen ähnlichen Schmerzanfall, der unter Opiumbehandlung verschwand. Vor 20 Tagen plötzlich heftige Schmerzen im rechten Inguen mit Erbrechen, einige Tage Verstopfung, später anhaltende Diarrhoe. Von einem Kollegen wurde ein Tumor oberhalb des rechten Lig. Poupartii konstatirt. Unter gewöhnlicher Behandlung einige Besserung; Erbrechen seltener; Schmerzen weniger heftig, aber bisweilen auch an anderen Stellen des Unterleibs auftretend; auch Druckempfindlichkeit hier und da, besonders doch im rechten Inguen; mehr oder weniger Meteorismus; in der letzten Woche bisweilen Singultus. Fieber, Abmagerung. Am 20. September ein Frostanfall.

Status praesens am 22. September, als B. gerufen wurde: Pat. etwas collabirt. Mäßiges Fieber. 132 Pulse. Unterleib wenig aufgetrieben; Diaphragmas Stand normal; keine Leberdämpfung. Empfindlichkeit besonders stark oberhalb des Lig. Poupartii, etwas Resistenz in der Tiefe, kein abgrenzbarer Tumor, keine Fluktuation; Perkussion zwei



Finger breit oberhalb des Ligamentes gedämpft. Die rechte Unterextremität lässt sich aktiv und passiv bewegen, doch mit Mühe und einigem Schmerz im Unterleibe. Übrige Organe gesund.

Probepunktion mit langer Hohlnadel dicht oberhalb des Lig. Poup. bis in die Fossa iliaca; chokoladefarbiger, stinkender Pus. Incision ohne Narkose und Antiseptik (in einem Bauernhofe weit auf dem Land) durch die Bauchdecken; später mit stumpfen Instrumenten bis in die Abscesshöhle, die besonders nach oben und außen ziemlich ausgedehnt war; missfarbiger Pus und nekrotische Fetzen wurden ausgeleert. Ausspülung mit Karbolwasser; das Spülwasser kam ziemlich stark mit Blut gefärbt zurück; Drainage; Karbolumschläge. Bedeutende Erleichterung nach der Operation. Incitamente; Narkotika; Diät. In den folgenden Tagen etwas Blutung aus der Höhle. Tod nach ungefähr 40 Stunden. Zu einer Sektion war keine Gelegenheit.

B. hob hervor, wie häufig die Krankheitsbilder, die man Typhlitis und Perityphlitis genannt hat, ihren Ausgangspunkt im Processus vermiformis haben. Bei den perityphlitischen Abscessen ist eine chirurgische Behandlung wie überall bei ähnlichen Zuständen indicirt und gewöhnlich ohne größere Schwierigkeiten ausführbar. Die spärliche diesbezügliche Litteratur (vorwiegend amerikanisch) wurde angeführt. In dem mitgetheilten Falle trat der Tod ein, weil die Operation zu spät kam; das Individuum war zu stark mitgenommen, das Peritoneum in größerer Ausdehnung mitleidend. Die Operation muss früher gemacht werden, so bald der Abscess diagnosticirt werden kann; hierzu hilft die Probepunktion. Nach den Verschiedenheiten der Fälle muss man in der Lumbarregion oder am häufigsten im Inguen operiren. **Bull** (Christiania).

---

360. **Richard Pott** (Halle a|S.). Die specifische Vulvo-vaginitis im Kindesalter und ihre Behandlung.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung Bd. XIX. Hft. 1. N. F.)

Verf. behandelte vom 1. April 1876 bis 1. April 1882 44 Mädchen, die an sehr schweren Formen von Vulvo-vaginitis litten und zwar im Alter von 0—5 Jahren 27, von 5—10 Jahren 13 und von 10—15 Jahren 4 Mädchen. In den meisten Fällen hatte monatelang ein stark schleimigeitriger, oder rein eitriger Ausfluss aus den Genitalien bestanden. Verf. sieht in dem langandauernden Fluor albus den Ausdruck einer »specifischen übertragbaren Schleimhauterkrankung«. In vielen Fällen ist derselbe bedingt durch eine Infektion mit Trippergrift, sei es durch Zusammenschlafen der Patientinnen mit tripperkranken Personen, sei es durch Nothzucht. In anderen Fällen ist derselbe das Symptom einer bestehenden Lues congenita; in wenigen Fällen liegt Masturbation vor. Der Oxyuris vermicularis wurde niemals vorgefunden. Dass Skrofulose, ferner Masern, Scharlach, Pocken Leucorrhoe hervorrufen, bezweifelt Verf. nicht, eben so wenig

das Vorkommen der Diphtheritis der Vagina und Vulva; jedoch die »katarrhalischen« Schleimhauterkrankungen in Folge einer »Erkältung«. Zur Untersuchung ist Inspektion, Digitalexploration und Spekularuntersuchung nothwendig. Erstere genügt in den meisten Fällen; die Digitalexploration ist schmerzhaft und meist mit Zerreißung des Hymen verbunden. Zur Spekularuntersuchung werden am besten Metalltrichter von 10 cm Länge und 5—8 mm Breite (etwa Katheter No VIII—XII) gebraucht. Die in dem Sekret sich befindenden Mikrokokken sieht Verf. nicht als specifische Krankheitserreger an.

Bei leichten Fällen genügen Ausspritzungen mit Alaun, Tannin, Zink, Höllenstein, oder Auspinselungen mit Hydrarg. praecipitat. alb. (1 : 10 Glyc. pur.), Borwasser (5 : 100), Karbolwasser (2 : 100), Thymollösung (0,1 : 100). In hartnäckigen Fällen, die häufig durch Stauung des Sekrets hinter dem Hymen bedingt waren, fand eine baldige Heilung durch die Zerreißung des Hymens in Folge der Untersuchung statt. Jedoch ist die Zerstörung des Hymen nicht nothwendig; die Jodoformbehandlung erzielt die besten Resultate. Von einer fein vertheilten Pulverform (5 Th. Jodoform auf 1 Th. pulv. Gummi mimos) wurden 2—4 g durch das eingeführte Spekulum eingeblasen; die Sekretion stand sofort. In den letzten 12 Fällen legte Verf. Jodoformbougies in die Scheide ein (5—8 cm lang und von der Dicke eines dünnen Bleistiftes). Das hintere Bougieende muss hinter dem Hymen liegen. Nur in 2 Fällen war die Wiedereinführung des Bougies nothwendig. **Asch** (Straßburg).

---

361. **Bockhart** (Würzburg). Beitrag zur Ätiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers.

(Sitzungsberichte der Würzburger phys.-med. Gesellschaft 1882.)

B. injicirte eine Spritze voll auf Fleischinfuspepton-Gelatine gezüchteter Gonokokken in die Harnröhre eines an Dementia paralytica leidenden Mannes, der sich im Endstadium befand und vollkommen anästhetisch war.

Die aus der klinischen Beobachtung und der mikroskopischen Untersuchung der Schnitte der Harnröhre gezogenen Schlüsse sind folgende:

1) Die Gonokokken sind die pathogenen Bakterien der gonorrhoischen Affektionen;

2) auf die Harnröhrenschleimhaut gebracht, dringen sie in die Lymphbahnen der Mucosa und Submucosa der Fossa navicularis ein, um sich hier zu vermehren und lebhafte Entzündung und Auswanderung farbloser Blutkörperchen zu veranlassen;

3) sie wandern in dieselben und in deren Kerne ein und dringen mit ihnen in die Blutgefäße und im Bindegewebe der Mucosa und Pars cavernosa nach aufwärts gegen die Blase zu vor;



4) sie zerstören schließlich die weißen Blutzellen, in die sie eingewandert sind, entweder im Gewebe selbst, oder bei der Durchwanderung durch die Epithelschicht oder im eitrigen Trippersekret; sie selbst, soweit sie im Gewebe bleiben, werden wahrscheinlich in diesem oder in der Blutbahn zerstört. **Seifert** (Würzburg).

---

362. **Seifert.** Über Acetonurie.

Würzburg, **Stahel'sche** Buchhandlung, 1882.

Trotz einer großen Anzahl von neueren Arbeiten über Acetonurie herrscht noch keine völlige Klarheit über die Verhältnisse, wie sie bei der Ausscheidung des Acetons und diesem verwandter Körper von Belang sind.

Gerhardt, welcher sich auf die Arbeiten von Genther und Kaulich stützte, war der Ansicht, dass die mit $Fe_2 Cl_6$ sich rothbraun färbenden Harne die Diacet- oder Äthyldiacetsäure enthielten, welche sich erst im Harne in Aceton, Alkohol und Kohlensäure spalte. Er kam zu der Ansicht, weil Genther zeigte, wie die Äthyldiacetsäure mit Eisenchlorid eine rothe Färbung verursachte und sich leicht in Aceton, Alkohol und Kohlensäure spaltet, welch letztere Substanzen Kaulich im Harne von Diabetikern nachweisen konnte.

Rupstein, ein Anhänger Gerhardt's, fand weiterhin, dass das Verhalten der durch $Fe_2 Cl_6$ bedingten Rothfärbung gegen Zusatz von HCl, gegen längeres Kochen und das Verschwinden der Reaktion nach 8—14tägigem Stehenlassen des Harnes allein hinreichend sei, zu beweisen, dass es sich hier um die Genther'sche Säure handelt; zugleich bewies Rupstein, dass die Säure als Salz im Urin vorhanden sei, weil sie nur nach vorheriger Ansäuerung in den Äther übergeht und sich durch eine ätherische Eisenchloridlösung in diesem nachweisen lässt.

Eine Reihe Autoren stritten nun bald für, bald wider diese Ansicht. Obschon aber bereits Gerhardt darauf hinwies, dass im Harne notorischer Säufer die gleiche Reaktion auftrete, benutzte die Mehrzahl der Beobachter den diabetischen Harn zu ihren Untersuchungen, während erst in neuerer Zeit auf das Auftreten der nämlichen Erscheinung in dem Urine bei anderweitigen Erkrankungen die Aufmerksamkeit sich richtete.

S. selbst veröffentlicht nun eine Reihe von Beobachtungen, welche er an dem Harne akut fieberhaft erkrankter Personen mit der Eisenchloridreaktion gemacht hatte. Zunächst behandelt er die Frage, welchen Einfluss die Nahrung und Medikamente auf das Auftreten resp. Verschwinden dieser Reaktion zeigen. Vorher hatte schon Jaksch gezeigt, dass beim Diabetes mellitus ohne Einfluss auf die Rothfärbung vermittels Eisenchlorid sei: Karlsbader Wasser, Leberthran, Milchsäure, Manuit, isländisches Moos; künstliche Hervorrufung der Reaktion durch Einführen von Acetessigäther oder Aceton



waren erfolglos. S. suchte nachzuforschen, ob der Alkohol von Einfluss sei auf das Auftreten der Reaktion im Harne von Diabetes mellitus; es fand sich in der That deutlich, dass der Alkohol wohl von Einfluss auf diese Reaktion sein kann: mit der Entziehung des wenn auch leichten Weines wurde die Reaktion allmählich schwächer, auch gar nicht mehr nachweisbar; mit erneuter Weinzufuhr wurde sie wieder stärker, so dass sie nach kurzer Zeit ihre frühere Stärke wieder erlangte. Im Harne Gesunder, welche reichlich alkoholhaltige Getränke genossen hatten, ließ sich niemals diese Färbung mit Fe_2Cl_6 nachweisen.

In Bezug auf das Auftreten der fraglichen Reaktion im Harne von Nichtdiabetikern fand S. folgende Resultate, welche ihren praktischen Werth nicht verleugnen; sie wurden gewonnen durch Untersuchung des Harnes von schweren Typhusfällen, Pneumonien, Miliartuberkulose, akuten Nachschüben in der Phthise, ein Fall Scharlach etc. Es geht aus den Beobachtungen hervor, dass die febrile Acetonurie auftritt bei fieberhaften Processen, die sich durch sehr hohe Temperaturen (Infektionskrankheiten z. B.) und gleichzeitige beträchtliche Verdauungsstörungen auszeichnen; mit dem Nachlass des Fiebers und der Besserung der Intestinalerscheinungen verschwindet auch die Eisenchloridreaktion, so dass also bei der krupösen Pneumonie mit Eintritt der Krisis auch die Acetonurie verschwindet; ferner dass die fragliche mit Fe_2Cl_6 sich rothbraun färbende Substanz bei nicht zu reichlicher Bildung auf wenig geschwächte Individuen belanglos ist, dagegen bei vermehrter Bildung geschwächten Personen gegenüber höchst ungünstig, zumal auf deren psychische Funktionen, wirken kann.

Was nun das chemische Verhalten der fraglichen Substanz anbetrifft, so muss man sich zunächst hüten vor Verwechselungen, indem Rhodankalium, die ameisen- und essigsauren Salze, mit Eisenchlorid Rothfärbung geben, weniger eklatant Phenol und Salicylsäure. Die essig- oder ameisensauren Salze unterscheiden sich von der Färbung bei Acetonurie dadurch, dass sie weder aus angesäuertem noch aus unangesäuertem Harn in Äther übergehen. Die Färbungen mit Phenol und Salicylsäure zeigen violette Nuancen; auch zeigen die Phenol oder Salicylsäure oder Rhodankalium enthaltenden Harne selbst noch nach langem Kochen die Reaktion; endlich verschwindet in allen solchen Harnen die Reaktion auf Zusatz von koncentrirter Lösung mineralischer oder organischer Säure oder die Reaktion kommt gar nicht zu Stande, wenn man vorher die Säure zufügt.

Es zeichnet sich demnach nach S. die fragliche Substanz aus durch folgendes Verhalten:

1) Zusatz einiger Tropfen Eisenchlorid giebt rothbraune Färbung.

2) Kocht man den Harn, der diese Substanz enthält, so bekommt man die Fe_2Cl_6-Reaktion nicht mehr.



3) Wird die in solchen Harnen mit Fe_2Cl_6 entstandene rothe Flüssigkeit gekocht, so tritt sofort Entfärbung ein.

4) Koncentrirte Säuren zerstören in der Kälte diese Substanz nicht sofort, wohl aber nach einigen Minuten, es bleibt dann die Reaktion aus.

5) Wird solcher mit Fe_2Cl_6 rothgefärbter Harn mit Schwefelsäure versetzt, so verblasst die Reaktion, tritt jedoch bei vorsichtigem Neutralisiren wieder auf.

6) Werden solche Harne mit Schwefelsäure angesäuert und mit Äther geschüttelt, so bekommt man ein Ätherextrakt, das mit verdünnter Eisenchloridlösung ebenfalls rothbraune Färbung giebt, doch hat man hierbei darauf zu achten, dass sofort nach dem Ansäuern mit Äther geschüttelt (s. No. 4) und dass die Ätherschicht sofort abgehoben wird, wenn sie sich abgesetzt hat.

Prior (Bonn).

---

363. **Hurd.** On the convallaria majalis.

(The med. record Bd. XXII. Hft. 11.)

H. bespricht die Experimente, die Germain Sée mit dem Extrakt der Convallaria majalis an Hunden gemacht, so wie die Beobachtungen dieses Forschers über die Wirkung des Mittels am Menschen. Sée hält das Mittel für indicirt in allen Erkrankungen des Herzens, seien sie rein nervöser Natur oder mit organischen Veränderungen (Hypertrophie, Dilatation, Klappenfehler etc.) verbunden; besonders günstig ist die Wirkung der Convallaria majalis bei Hydrops und Ödemen in Folge von Herzkrankheiten, da es stark diuretisch wirkt; weniger gut sind die Resultate bei Herzaffektionen mit Dyspnoe. Hier leistet eine Verbindung des Mittels mit Jodkali oft Vorzügliches. Sée gab das Extr. Convall. maj. in Tagesdosen von 0,5—1,5 g. Cumulirende Wirkung, wie bei der Digitalis, hat er nicht beobachtet, eben so wenig unangenehme Nebenwirkungen.

H. wandte das Mittel in 2 Fällen mit sehr gutem Erfolge an. Der eine betrifft einen Patienten, der an Corrigau'scher Krankheit litt, mit häufigen Anfällen von Synkope, Dyspnoe und Angina. Schon nach dreitägigem Gebrauch des Mittels trat bedeutende Erleichterung ein. Der zweite Fall betrifft eine Dame mit Aorten- und Mitralisinsufficienz, enormer Dilatation des Herzens, ausgesprochener Asystolie, hochgradiger Dyspnoe in Folge von Blutüberfüllung im kleinen Kreislauf und Hydrothorax, Ödemen der Extremitäten etc. H. gab das Extr. Convall. maj. Anfangs zu 5 Tropfen vierstündlich und stieg bis zu 12 Tropfen. Die Herzthätigkeit wurde regelmäßiger, der Hydrothorax und die Ödeme verschwanden, die Diurese stieg um das Siebenfache.

Auf Grund dieser Erfahrungen empfiehlt H. das Mittel sehr zu weiteren Versuchen.

Brockhaus (Godesberg).



Kasuistik.

364. **Thomayer** (Prag). Über Vergiftung mit Chloroform.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 39.)

Einem 60jährigen Mann wurde wegen Schmerzen im rechten Schultergelenk ein Chloroformliniment zur äußerlichen Applikation verschrieben (Chloroform. — Olei oliv. āā 20,0). Der Kranke nahm die ganze Menge auf einmal zu sich, und wurde nach einer halben Stunde gefunden in vollkommener Bewusstlosigkeit, Athmung stertorös, Wangen, Lippen und Zunge hochgradig cyanotisch. Puls ziemlich voll und rhythmisch. Pupillen beide hochgradig verengt. Kein Zeichen von Reflexerregbarkeit.

Zuerst wurde der Magen ausgepumpt und hierbei etwa 1 Liter gelblicher nach Chloroform riechender Flüssigkeit entleert, nachher mehrmalige gründliche Ausspülung des Magens und zuletzt Einflößen von schwarzem Kaffee durch die Sonde. Die Zunge sank nach hinten zurück, das Athemgeschäft anstrengender, die Erstickungsgefahr drohend. Durch Hervorziehen der Zunge wurde die Respiration freier.

Nach $1\frac{1}{2}$stündiger Mühe fing Pat. an zu reagiren und auf die Hautreize zu reagiren, nach einer weiteren Viertelstunde war er wieder ziemlich bei Sinnen.

Seifert (Würzburg).

365. **Sorel.** Fièvre typhoide, Ulcérations des follicules clos du gros intestin, abscès du foie, péritonite. Typhus; Ulcerationen der geschlossenen Follikel des Dickdarms, Leberabscess, Peritonitis.

(L'union méd. 1882. No. 132.)

Ein 23jähriger Soldat erkrankte nach viermonatlichem Aufenthalt in Algier an einem anscheinend leichten Typhus. Am 13. Krankheitstage entstand stechender Schmerz im rechten Hypochondrium, der, Anfangs durch trockene Schröpfköpfe und Morphiumeinspritzungen gemildert, später einen kontinuirlichen, dumpfen Charakter annahm. Auch war die Lebergegend gegen Druck empfindlich, das Volum der Leber aber nicht vergrößert. Vom 20. Krankheitstage an leichte peritonitische Erscheinungen. Ende der 6. Woche scheint der Kranke in der Rekonvalescenz, als plötzlich unter stärkerem Fieber und Kleinwerden des Pulses Collaps eintrat und der Tod am 45. Krankheitstage erfolgte. In den letzten Lebenstagen war ödematöse Anschwellung des rechten Beines konstatirt worden.

Aus den Ergebnissen der Autopsie ist hervorzuheben: Schwellung und schwarze Verfärbung der Peyer'schen Plaques, am stärksten in der Nähe der Ileocoecalklappe, starke Schwellung und Ulceration der geschlossenen Follikel durch den ganzen Dickdarm. Dieselben springen wie Erbsen vor und haben das Aussehen von Blasen. Die Leber scheint eher etwas verkleinert, Gewicht 1500 g. An der konvexen Oberfläche des rechten Lappens ein kleiner hämorrhagischer Infarkt ohne Erweichung. Im linken Lappen ein orangegroßer Abscess, nach oben nur bedeckt von dem Peritoneum und der Membr. propria der Leber. Frische Verwachsungen mit Diaphragma, hinterer Fläche der unteren Partie des Sternums und dem Ansatz der rechten Rippenknorpel. Zeichen subakuter Peritonitis von hier aus zum kleinen Becken. In der rechten Vena cruralis ein Thrombus, vom mittleren Drittel des Oberschenkels beginnend und durch die Iliaca bis zur Vena cava reichend, mit Fortsetzungen in die linke Iliaca. Der älteste Theil dieses Thrombus gehört der rechten Iliaca an.

Da Pat. nur 4 Monate an einem hoch gelegenen Orte unter günstigen klimatischen Verhältnissen in Algier zugebracht und nicht an Dysenterie gelitten hatte, so ist nach S. die Annahme einer suppurativen Hepatitis der heißen Länder zurückzuweisen und vielmehr an ein Fortschreiten der Entzündung von dem Dickdarm aus durch das Pfortadersystem nach der Leber zu denken. Bei der Lage des Abscesses unter dem Diaphragma und hinter dem Sternum war die Diagnose



desselben intra vitam nicht möglich. Bemerkenswerth ist nach S. die Geringfügigkeit der peritonitischen Symptome. **Brockhaus** (Godesberg).

366. **Leubuscher** (Jena). Ein Fall von Tabes dorsalis im frühesten Kindesalter.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 39.)

3½jähriger Knabe aus gesunder Familie, der immer gestottert hat, sonst früher nie krank war, wird plötzlich von allmählich sich steigernden Gehstörungen befallen, welche sich zuerst in schnell auftretender Müdigkeit beim Laufen, dann in Unfähigkeit ununterstützt zu gehen, äußern. Seit 6 Wochen besteht völlige Unfähigkeit zu gehen, und in der letzten Zeit Änderung der Sprache. 3 Monate nach Beginn des Leidens Aufnahme auf die Kinderstation. Stat. praes.: Kleiner, schwächlicher, nicht rhachitischer Knabe, sitzt aufrecht im Bett. Keine Lähmungen im Bereich des Facialis, der Augenmuskeln und der Zunge. In den Bewegungen der Arme fällt beim Ergreifen von Gegenständen auf Kommando, Zuknöpfen etc. ein geringer Grad von Koordinationsstörungen auf. An den Unterschenkeln geringe Atrophie; alle Bewegungen der unteren Extremitäten möglich, rohe Kraft intakt. Die erhobenen Beine schwanken bei geöffneten Augen, stärker bei geschlossenen, hin und her, namentlich das linke Bein. Kniereflexe fehlen, eben so das Fußphänomen; Hautreflexe intakt. Ununterstützt kann Pat. weder stehen noch gehen. Bei Unterstützung fallen bei Gehversuchen typische Schleuderbewegungen auf, besonders bei geschlossenen Augen exquisit ataktischer Gang. Sensibilität durchaus intakt. Sprache zeigt neben Stottern ataktische Störungen; die Worte zögern oder werden stoßweise, undeutlich unter häufiger Vokaldehnung ausgesprochen. Keine Blasen- oder Mastdarmerscheinungen. Unter Behandlung mit schwachem aufsteigendem galvanischem Strom innerhalb 4 Wochen wesentliche Besserung der Ataxie in den Beinen. Die Erscheinungen der oberen Extremitäten und der Sprache unbeeinflusst.

Der Fall unterscheidet sich von den bisher beschriebenen, von Friedreich unter dem Namen, »hereditäre Ataxie« bezeichneten Formen, durch das jugendliche Alter des Pat., den rapiden Verlauf. Durch letzteren Umstand erklärt sich vielleicht das Fehlen von Sensibilitätsstörungen, so wie von ataktischem Nystagmus, welche nach längerem Verlaufe sich zeigen. Hereditäre Belastung besteht nicht.

Kohts (Straßburg).

367. **A. Wertheimber** (München). Fall von Ulcus ventriculi simplex.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. N. F. Bd. XIX. Hft. 1.)

Ein 10 Jahre altes, anämisches Mädchen leidet seit längerer Zeit an dyspeptischen Störungen. Nach einem Sprung stellten sich plötzlich Schmerzen in der Regio epigastrica ein; nach einigen Stunden erfolgt Bluterbrechen und am folgenden Tage blutiger Stuhlgang. Die Blutungen wiederholten sich täglich eine Woche lang; denselben ging jedes Mal ein kardialgischer Anfall und Übelkeit voraus. Die Respirationsorgane zeigten normale Beschaffenheit.

Nach Darreichung von Eismilch, Karlsbader Schlossbrunnen unter Zusatz von Karlsbader Salz am Morgen, und des Biliner Sauerbrunnens am Nachmittag neben passender Diät trat baldige Besserung und nach 5 Wochen Genesung ein. Obwohl sich bei Kindern häufig hämorrhagische Infiltration der Magenschleimhaut vorfindet, so wird das Ulcus ventriculi rotundum in diesem Alter sehr selten gefunden.

G. Budd fand dasselbe nur bei einem 14½jährigen Mädchen; Rokitansky bei keinem unter 14 Jahren. Brinton fand bei 226 Sektionen nur in 2 Fällen das Alter von 1—10 Jahren betroffen. **Asch** (Straßburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.



Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 27. Sonnabend, den 21. Oktober. **1882.**

368. Versuche über die Wirkung der Milzbrandimpfungen nach dem Pasteur'schen Verfahren.

(Archiv für wissenschaftl. und prakt. Thierheilkunde 1882. Bd. VIII. Hft. 4 u. 5.)

Nach den günstigen Erfolgen der Pasteur'schen Milzbrandimpfungen in Frankreich wünschte auch der Direktor der Berliner Thierarzneischule diesbezügliche Versuche anzustellen. Auf seine Anfrage bei Pasteur erklärte dieser sich bereit einen seiner Assistenten nach Preußen zu schicken, der vor einer vom Minister für Landwirthschaft etc. ernannten Kommission die Impfungen ausführen sollte. Nach Genehmigung des Ministers geschahen diese noch auf dem vom Milzbrand durchseuchten Gute Packisch. 12 Stück Rindvieh und



50 Schafe wurden mit Beobachtung aller Kautelen (Isolirung, Fütterung u. s. f.) zum Versuche ausgewählt, indem die eine Hälfte geimpft wurde, die anderen als Kontrollthiere dienten. Nach der ersten Schutzimpfung mit der wieder virulenten Flüssigkeit, premier vaccin genannt, machten sich bei den Thieren weder lokale krankhafte Veränderungen an den Impfstellen noch Störungen des Allgemeinbefindens oder Temperatursteigerungen bemerkbar. Die zweite mit der wirksameren Lymphe (deuxième vaccin) vorgenommene Impfung erzeugte bei einzelnen Thieren, Rindern wie Schafen mehr oder minder heftige Erkrankungen; 3 Schafe starben am Impfmilzbrand. Darauf wurden sowohl die geimpften wie die Kontrollthiere mit Milzbrandblut inficirt. Von den ersteren erkrankte keines, die übrigen Thiere erkrankten alle, drei Rinder und sämmtliche Schafe gingen an Milzbrand zu Grunde.

Es hatte sich somit herausgestellt, dass die Schutzimpfung volle Immunität gewährt, dass aber 12% der geimpften Schafe der Schutzimpfung zum Opfer fielen. Dieses unbefriedigende Resultat wurde von Pasteur auf Verhältnisse der Rasse zurückgeführt, und eine zweite Versuchsreihe gewünscht. Der Minister stellte für eine solche bereitwilligst die ganze Schafherde der Domäne Packisch, zwei Haufen von 128 Mutterschafen und 123 Lämmern bezüglich 128 Mutterschafen und 103 Lämmern zur Verfügung. Die Impfung mit premier vaccin gab das gleiche Resultat wie in der ersten Versuchsreihe. Bei der zweiten Impfung stellte sich bei allen Thieren eine geringe Störung des Allgemeinbefindens ein; nur ein Mutterschaf starb an Impfmilzbrand. Eine Karbolinfektion mit Milzbrandblut an 24 geimpften und 12 ungeimpften Thieren zeigte, dass letztere sämmtlich an Impfmilzbrand zu Grunde gingen, dass die ersteren zwar alle erkrankten, aber nur zwei von ihnen starben. Eine dritte Versuchsreihe auf Wunsch des Amtsraths Lücke und auf seine Gefahr an 52 Stück Rindvieh angestellt, ließ sämmtliche Thiere am Leben.

Die Ergebnisse stellen sich also so dar: Rindvieh erlangt durch Überstehen des Impfmilzbrandes volle Immunität gegen diese Krankheit. Die erste Schutzimpfung hat weder bei Rindern noch bei Schafen, die zweite bei beiden Erkrankungen, aber nur selten lebensgefährliche zu Folge. Kontrollimpfung mit Milzbrandblut lässt geimpfte Rinder und Schafe nur leicht, ungeimpfte stets schwer erkranken, nur schwächliche, geimpfte Schafe erlangen keine Immunität gegen Milzbrand durch den Impfschutz.

Über die Dauer des Impfschutzes müssen weitere Versuche Aufklärung geben.

Karewski (Berlin).



369. **Fehleisen.** Über die Züchtung der Erysipelkokken auf künstlichem Nährboden und ihre Übertragbarkeit auf den Menschen.

(Sitzungsberichte d. Würzb. physiol. med. Gesellschaft 1882.)

Nachdem Fehleisen in einer großen Anzahl von Erysipelfällen immer wieder dieselben charakteristischen Mikrokokken nachgewiesen, versuchte er solche auch auf künstlichem Nährmaterial zu züchten. Anfangs machte er die Kulturversuche mit dem Inhalt der Erysipelblasen; aber vergeblich. Erst als die Koch'sche Fleischinfuspeptongelatine als Nährboden und kleine Hautstückchen aus der Peripherie des Rothlaufs zur Aussaat benutzt worden, entwickelten sich weiße dichte Kokkenrasen, die auch auf neue Nährböden übertragen werden konnten. Bei mikroskopischer Untersuchung fanden sich die charakteristischen Mikroorganismen.

Zum exakten Beweis für den ätiologischen Zusammenhang derselben mit dem Erysipel fehlte noch eine Impfung an Versuchsthieren oder am Menschen. F. hatte die Gelegenheit, gerade die letztere Art der Übertragung (auf den Menschen) vorzunehmen. Zu therapeutischen Zwecken wollte Geh.-R. Rinecker einer mit multiplen Fibrosarkomen behafteten Frau ein Erysipel inokuliren. Fehleisen erhielt nun die Erlaubnis, zu dieser Inokulation seine Kokken zu verwenden, und sein immerhin gewagtes Experiment hatte einen so vortrefflichen Erfolg, dass die Frau beinahe an ihrem Impferysipel zu Grunde gegangen wäre. Die Geschwulst selbst hat nach einer anfänglichen Anschwellung an Umfang wieder abgenommen, sich auch theilweise zurückgebildet; ein bestimmtes Urtheil über die bedenkliche Therapie lässt sich noch nicht fällen.

Jedenfalls ist aber der Nachweis erbracht, dass das Erysipel eine specifische Bakterienkrankheit ist. Übrigens gelangen auch Impfungen an Kaninchen, über welche weitere Publikationen vorbehalten werden.

Karewski (Berlin).

---

370. **O. Petersen.** Über Milzruptur bei febris recurrens.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 37 und 38.)

P. berichtet zunächst in ausführlicher Besprechung über die Litteratur der Milzrupturen bei Recurrens und theilt dann 15 von ihm obducirte Fälle mit. 7mal handelte es sich um spontane Berstung mit Bluterguss in die Bauchhöhle, 8mal um Berstung von in Erweichung und Vereiterung übergegangenen Milzpartien. Nach den aus der Litteratur berichteten 17 Fällen stellt sich dagegen das Verhältnis der spontanen Ruptur zur Ruptur nach Abscedirung wie 2:3. P. hat im Jahre 1879 29, 1880 105 und 1881 83 Fälle von Recurrens secirt; er fand 1880 bei 64%, 1881 bei 68% der Secirten Milzinfarkt. Infarkt- und Abscessbildung sind also sehr häufig; sie sind auch die häufigste Ursache der Berstung.



Ein Fall war besonders bemerkenswerth dadurch, dass aus der rupturirten Milz das Blut sich in den an einer kleinen Stelle mit der Milz verwachsenen Dickdarm ergossen hatte; an der verwachsenen Stelle war eine stecknadelkopfgroße Öffnung.

Aus P.'s Zusammenstellung ergiebt sich, dass der mediane und konvexe Theil der Milz besonders der Gefahr des Kapselrisses ausgesetzt sind.

Als Ursache der spontanen Ruptur wird gewöhnlich Blutüberfüllung und Druckeinwirkung von außen angeführt. Diese Ursache ließ sich jedoch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nur in einem Falle annehmen.

Es scheint P. jedoch nicht ohne Bedeutung, dass gerade der mediane und konvexe Theil der Milz besonders häufig der Ort der Läsion ist. »Sollte nicht der Füllungsgrad des Magens oder der Druck des Diaphragma dabei eine Rolle spielen?«

Bezüglich der Festigkeit der Milzkapsel hat P. eine Reihe von Versuchen angestellt, welche jedoch noch nicht abgeschlossen sind. Normale Milzen zu sprengen gelang ihm bisher nicht.

Die spontane Ruptur führt schnell zum Tode durch Collaps, in höchstens 20 Stunden. In einem Falle fand sich leichte Injektion des Peritoneums, gewöhnlich war es ganz intakt. Bei Berstung von erweichten Infarktherden tritt der Tod durch eitrige Peritonitis ein und zwar im Verlaufe einiger Tage. **E. Bardenhewer** (Köln).

---

371. **Schwimmer** (Budapest). Die neuropathischen Dermatonosen.

Wien und Leipzig, **Urban & Schwarzenberg,** 1882.

In angenehmer und übersichtlicher Weise sucht Verf. in der ersten Abtheilung den Beweis dafür zu erbringen, dass nicht nur die Gefäß- und Ernährungsnerven als die Vermittler zahlreicher Thätigkeiten im organischen Haushalte zu betrachten sind, sondern dass auch das sympathische Nersensystem als theilweise Ausgangsstätte und Regulator der vasomotorischen und trophischen Nerven wesentlich von Belang ist für die Pathologie der Hautkrankheiten. Durch zutreffende klinische und anatomische Befunde werden die Affektionen der Haut, welche auf neurogenetischem Ursprung beruhen, erklärt. Drei Gruppen dienen als übersichtliche Eintheilung: 1) Die vasomotorischen, 2) die trophoneurotischen, 3) die idioneurotischen Dermatonosen.

1) Zu den vasomotorischen Neurosen der Haut rechnet Sch. alle durch die Innervation der Blutgefäße veranlassten pathologischen Veränderungen; vorübergehende Alterationen der Gefäße, die verhältnismäßig schnell und ohne Veränderungen zu hinterlassen verlaufen, sind reine Angioneurosen; bei andauernden Alterationen treten neben den vaskulären auch trophische oder nutritive Vorgänge ein

und desshalb führen diese Affektionen, als Mischformen, den Namen angioneurotische Mischformen. Als reine Angioneurosen gelten beispielsweise Hyperämien, Erythema pudoris, Anämien, als Mischformen Erythema multiforme, Urticaria etc.

2) Zu den Zufällen, welche als trophoneurotische oder besser als trophopathische zu bezeichnen sind, gehört eine Reihe von Entzündungszuständen mit oder ohne Efflorescenzenbildung, Hämorrhagien und Geschwürsprocessen; ferner Volumsveränderungen der Gewebe; Neubildungen und Texturerkrankungen der Haut und ihrer Anhangsorgane. Die hierher gehörigen Krankheitsbilder theilt Sch. ein, in

a) Trophoneurosen und Trophopathien des Cutisgewebes, je nachdem die Erkrankung Flächen, Knötchen, Bläschen, Gefäßaffektionen, Ulcerationen aufweist;

b) Trophoneurosen des subkutanen Bindegewebes (Ödem, Elephantiasis arabum);

c) konstitutionelle Trophopathien z. B. Sklerom, Atrophia cutis, Lepra, Myxoedema;

d) trophoneurotische Neubildungen: Neurom, Neurofibrom.

e) trophoneurotische Pigmentanomalien;

f) Trophoneurosen der Anhangsorgane der Haut, wie Schweißdrüsen, Haare, Nägel.

Mit Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur giebt Verf. aus seiner reichen Erfahrung Beispiele, welche für seine Ansicht beweisend sind. Die Einwände der Gegner hält er nicht für zutreffend.

3) Die Krankheitsformen, welche wir unter Idioneurosen der Haut, Neuroses substantivae verstehen, bilden eine Gruppe von Dermatonosen, bei welcher die Störung der Sensibilität die wesentlichste Erscheinung bildet; sie verlaufen so zu sagen fast durchweg subjektiv und zeigen keine Störungen der Ernährung oder des Wachsthums. Eine sicher konstatirte histologische Veränderung innerhalb der peripheren oder centralen Nervengebilde bei Idioneurosen giebt es bis jetzt nicht. Als Idioneurosen haben wir wesentlich zwei Gruppen: Die Hyperästhesie und die Anästhesie der Haut.

Als therapeutische Bemerkungen fügt Sch. hinzu, wie die heutige Dermatotherapie fast durchweg auf äußeren Mitteln beruht; er hofft aber, dass man schließlich auch dahin gelangen wird, gewisse Hautkrankheiten — und dazu gehören vor Allem in erster Linie die neuropathologischen Affektionen — nicht mehr allein symptomatisch behandeln zu müssen. In rationeller Weise wird man zu trachten suchen, einzuwirken auf das Centralgebiet jener Nerven, welche die Blutvertheilung der Hautdecken und die Ernährungsvorgänge in ihr beherrschen. Diese gleichsam physiologische Therapie hat schon heute namhafte Erfolge aufzuweisen, selbst da, wo die empirische versagte. Zu dieser Heilmethodik gehört die Behandlung vermittels der Elektricität, und die Verabreichung interner Mittel, deren Wirkung auf



einzelne Abschnitte des Nervensystems wir kennen: Atropin, Pilokarpin, Ergotin, Arsenik. Alle diese bewährten sich dem Verf. oftmals da, wo er selbe von vorn herein als vernunftgemäß in Versuch zog.

Zum Schluss giebt Verf. den Entwurf zu einem System, welches auf Grund der entwickelten Grundsätze eine vermittelnde Stellung zwischen dem pathologisch-anatomischen und einem bloß neuropathologischen System einhalten soll. **Prior** (Bonn).

---

372. **Schultze.** Über Tetanie und mechanische Erregbarkeit der Nerven.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin p. 158.)
Wiesbaden, **I. F. Bergmann,** 1882.

Für die Tetanie gewinnt die Annahme einer erhöhten Erregbarkeit in den peripheren Nerven, besonders den motorischen, mehr und mehr für sich, speciell hat Erb die Steigerung der elektrischen Erregbarkeit und Chwostek die für mechanische Reize nachgewiesen. Verf. hat sieben derartige Fälle beobachtet, bei welchen durch Klopfen auf einzelne Nervenbündel leicht Kontraktionen der zugehörigen Gesichtsmuskeln nachzuweisen waren. Diese mechanische Erregbarkeit der Nerven existirt nicht nur in der Tetanie, sondern bei Einzelnen (Radialis, Ulnaris und Accessorius) auch im gesunden Zustande. Auch die Perkussion des Facialis lässt manchmal durch folgende Kontraktionen Steigerung der Erregbarkeit in seinem Gebiete erkennen, wohingegen eine solche Übererregbarkeit, dass durch Darüberhinstreifen die Facialismuskeln sich kontrahiren, etwas für die Tetanie Eigenthümliches darstellt. Verf. erklärt aus dieser Erregbarkeitssteigerung die tonischen Krämpfe, welche nach längeren Muskelanstrengungen bei Tetanie beobachtet werden. Er erinnert dabei an die Krampfzustände, welche sich an willkürliche Bewegungen anschließen. (Bei Wärterinnen während des Tragens der Kinder etc.) Während des Bestehens dieser erhöhten Erregbarkeit, deren Existenz sehr lange dauern kann, entstehen solche Krämpfe, scheinbar spontaner Art.

Verf. ist der Ansicht, dass das Trousseau'sche Phänomen nicht immer auf die Anämie ursächlich zurückzuführen ist und macht besonders darauf aufmerksam, dass bei Kompressionen der Radialarterie oberhalb des Handgelenks die Vorderarmmuskeln in Kontraktion gerathen können. Er stellt nicht in Abrede, dass bei dieser Erscheinung Reflexe eine Rolle spielen, weil auch durch Druck auf die Haut ein Anfall herbeigeführt werden kann. Anlangend die Ursache der Erkrankung nimmt Verf. mit Sicherheit an, dass eine grobe materielle Läsion des Nervensystems nicht bestehe und verlegt den Sitz für die Ursache der Erregbarkeitsstörungen in die peripheren Nerven, indem er es wahrscheinlich macht, durch direkte Perkussion, dass die erhöhte Erregbarkeit bis dicht an die Wirbelsäule herangeht und



vielleicht die vorderen motorischen Ganglienzellen noch mit derselben verfallen.

Anlangend die Therapie, schreibt Verf. der elektrischen Behandlung keine Wirkung zu. Principiell wäre hier noch eher als bei centralen Leiden an die Dehnung zu denken; empfohlen wird dieselbe aber nicht. Auf Ruhe und Schonung der erkrankten Nerven und Muskeln ist therapeutisch das meiste Gewicht zu legen.

Finkler (Bonn).

---

373. **M. J. Rossbach.** Über die Schleimbildung und die Behandlung der Schleimhauterkrankungen in den Luftwegen.

(Würzburger Jubiläumsfestschrift.)

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1882.

Die geringen Kenntnisse, die wir von den physiologischen Gesetzen der Schleimabsonderung besitzen, und die empfindliche Lücke, die daraus für die Pathologie und Therapie der Lungen- und Halskrankheiten resultirt, gaben R. Veranlassung zu einer Reihe von experimentellen Untersuchungen, deren Ergebnisse er in der Festschrift zur Feier des Würzburger Universitätsjubiläums niederlegte.

Nach vergeblichen Bemühungen, auf laryngoskopischem Wege bei Menschen und Thieren die Schleimabsonderung zu beobachten und nach eben so erfolglosen Versuchen bei Hunden und Katzen, welche sich besonders hierzu eignen, in der Mund- und Rachennasenhöhle zu manövriren, kam R. schließlich dazu, durch einen unblutigen Längsschnitt der Trachea und durch Auseinanderklappen derselben sich eine ziemlich große Schleimhautfläche als Observirungsfeld zu schaffen. Es fand sich nun, dass normalerweise die Sekretion des Schleimes nur dann vor sich geht, wenn die die Trachea bedekkende Flüssigkeitsschicht so weit abgenommen hat, dass von außen her die Sekretionsreize wirken können, dass also der abgesonderte Schleim selbst die Schleimhaut vor Reizen schützt, indem sie die Austrocknung und konsekutive Entzündung zwar verhindert, aber nie mehr als die gerade zur Feuchterhaltung nothwendige Menge Flüssigkeit austreten lässt, und alle Fremdkörper festhält, sie also nicht in die Gewebe dringen lässt.

Was die Beschaffenheit des normalen Trachealschleimes betrifft, der von R. zum ersten Male rein, d. h. nicht vermischt mit Eiter und Speichel gewonnen wurde, so ist derselbe alkalisch, von bedeutendem Mucin- und ohne jeden Eiweißgehalt, so wie frei von allen korpuskulären Elementen; eben so wenig enthält er ein zuckerbildendes Ferment. Die Sekretion des Schleimes ist unabhängig von centralen Nervenreizen und kann auch nach Ausschließung aller von außen kommenden Nerveneinflüsse ihren ungestörten Fortgang nehmen; die Schleimdrüsen besitzen also entweder periphere Nervencentralstellen, welche in der Schleimhaut selbst liegen, oder ihre Thätigkeit geht ohne jede nervöse Einwirkung vor sich. Gleichzeitig



zeigte sich bei diesen Versuchen, dass durch N. laryng. sup. und inf. vasomotorische Fasern zur Trachealschleimhaut gehen, und dass der Blutreichthum der Schleimhaut in gewissem Konnex zur Schleimabsonderung steht; so zwar, dass Hyperämie die sekretorischen Elemente zur Thätigkeit reizen kann, das Eintreten der Erregung aber von dem Zustand der Elemente abhängt.

Von hohem Interesse sind die Versuche des Verf., die er bezüglich der Einwirkung von Erkältungen auf die Schleimhaut anstellte. Er fand nämlich, dass durch Applikation starker Kältereize auf die Haut eine sofortige reflektorische Beeinflussung der Gefäße der Trachealschleimhaut hervorgerufen werde, die sich in intensiver venöser Injektion offenbart. Gleichzeitig zeigte sich, dass die letztere ein starker Reiz für die Schleimsekretion ist, indem mit ihr reichliche Schleimsekretion einherging. R. glaubt daraus schließen zu können, dass auch die Kehlkopf- und Luftröhrenerkrankungen des Menschen nach Erkältungen als Reflexwirkung anzusehen sind, und dass die starke Schleimabsonderung vor dem Tode (Todesröcheln) eine Folge der venösen Blutmischung sei.

Der letzte und wichtigste Theil der Abhandlung beschäftigt sich mit der Wirkung der bei Schleimhauterkrankungen der Luftwege therapeutisch angewendeten Mittel. Die Ergebnisse der R.'schen Versuche sind in Kürze folgende: Alkalien (Natr. carbon.) in die Venen eingespritzt erzeugen Blasswerden der Schleimhaut und Versiegen ihrer Sekretion, sind also nicht verflüssigende und expektorirende Mittel, sondern solche, welche die Hyperämie und Schleimabsonderung herabsetzend die krankhafte Veränderung selbst bessern und heilen. Bei lokaler Anwendung ließen sich keine wesentlichen Veränderungen nachweisen; nur Liqu. Ammon. caust. rief selbst in stärkster Verdünnung Hyperämie und vermehrte Sekretion hervor. Die adstringirenden Mittel, namentlich Höllenstein, vermieden die Sekretion, ganz im Gegensatz zu ihrer Einwirkung auf andere Schleimhäute, wo sie dieselbe sogar erhöhen. Terpentinöl, in wässriger Lösung aufgepinselt, macht die Sekretion reichlicher, die Blutfülle geringer. Apomorphin, Pilokarpin und Eruetin ferner regen die Schleimabsonderung bedeutend an, am stärksten das Pilokarpin, und werden desshalb vom Verf. als Prototype der Expectorantia erklärt; zur therapeutischen Anwendung rühmt er vor Allem das Apomorphin, Atropin endlich macht die feuchtschleimige Schleimhaut trocken, und eine ähnliche nur viel schwächere Wirkung hat das Morphin, dem außerdem noch seine reizmildernde Wirkung zu Gute kommt. Kombinirte Darreichung von Apomorphin und Morphin, so wie von Atropin und Morphin je nach den Indikationen, werden aufs Wärmste empfohlen. Ohne Resultat schließlich war die Einwirkung von elektrischer Reizung auf künstlich hyperämisch gemachte Schleimhäute.

Karewski (Berlin).



374. **M. J. Rossbach.** Kann man von der Haut des lebenden Menschen aus die Kehlkopfnerven und -Muskeln reizen?

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1881. No. 10.)

Die namentlich von Gerhardt verfochtene und von Ziemssen bestrittene Erfahrung, dass es in vielen Fällen gelingt, von der Haut des Halses aus elektrische Erregung der Kehlkopforgane und somit unter Vermeidung der höchst unangenehmen intralaryngealen Elektrisirung auf diesem Wege Heilung von Stimmbandlähmung zu erzielen, gab Rossbach Veranlassung an einem wenig empfindlichen, willens- und muskelstarken Mann von 22 Jahren viele Versuche bezüglich dieser Frage anzustellen. Es zeigte sich, dass die auf Faradisation und Galvanisation eintretenden Reaktionen im Kehlkopf zwar durch Reflex vom Großhirn und Rückenmark in Folge der schmerzhaften Hauterregungen, so wie durch die der Galvanisation entspringenden Schluckbewegungen und durch Mitbewegung der Kehlkopfmuskeln bei Kontraktion der Halsmuskulatur, aber auch durch direkte die Kehlkopfmuskeln und -Nerven reizende Ströme hervorgerufen werden können. Freilich ist zu diesem Nachweis eine ganz besondere Methode der Elektrisirung nöthig: Einmal muss eine Stromstärke verwendet werden, welche nur die Kehlkopfreizung zu Stande kommen, die übrige Muskulatur aber in Ruhe lässt. Dazu ist eine knopfförmige nicht zu große Schwammelektrode von Nöthen, die in der Mitte zwischen Kehlkopf und Brustbein unter den vorderen Rand des Sternocleidomastoideus aufgesetzt wird, während die andere an irgend einer indifferenten Stelle ihren Platz findet. Nachdem auf diese Weise festgestellt war, dass die perkutane Elektrisirung möglich ist, konnte R. weiter nachweisen, dass bei den verschiedensten Anwendungsweisen der Elektricität wirklich durch die Haut Wirkungen auf den Kehlkopf ausgeübt werden können; man kann es also als feststehende Thatsache ansehen, dass die endolaryngeale Elektrisirung durch länger andauernde perkutane Elektrisirung vollkommen ersetzt wird. **Karewski** (Berlin).

---

375. **Rosenbach** (Breslau). Über die Anwesenheit von Geschwulstpartikeln in dem durch die Magenpumpe entleerten Mageninhalte bei Carcinoma ventriculi.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 33.)

Um bei Verdacht auf Magencarcinom eine frühzeitige und exakte Stellung der Diagnose, die ja von um so größerer Wichtigkeit geworden ist, seitdem durch die Arbeiten der Chirurgen die Frage der operativen Behandlung in geeigneten Fällen in den Vordergrund getreten ist, zu ermöglichen, schlägt R. vor, die bei chronischen Magenleiden zu therapeutischen Zwecken doch unentbehrlich gewordene Magenausspülung auch zu diagnostischen Zwecken zu verwenden, eine



Methode, deren praktische Verwerthbarkeit er in drei Fällen konstatiren konnte.

Es finden sich bei Magencarcinom in der durch die Magenpumpe (eben so übrigens durch Erbrechen) entleerten Flüssigkeit konstant, oder doch wenigstens sehr häufig Geschwulstpartikel vor, welche sich gegenüber anderen im Mageninhalte vorkommenden körperlichen Elementen (z. B. Speisebestandtheilen) schon makroskopisch dadurch charakterisiren, dass ihre Oberfläche mit rothen oder rothbraunen, bisweilen ganz schwarzen punktförmigen, oft tief in die Substanz eindringenden Verfärbungen, offenbar Residuen von Blutergüssen, bedeckt ist; Sicherheit giebt in zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung der fraglichen Stellen.

Eine Verwechselung mit bei der Magenausspülung abgerissenen Schleimhautstäbchen ist schon makroskopisch zu vermeiden, wenn man folgende Punkte berücksichtigt:

1) Vorsicht bei Anwendung des Heberapparates, Verwendung guter weicher Sonden, um die Abreißung von Schleimhautstäbchen überhaupt zu vermeiden!

2) Bei Abreißung von Stücken der Mucosa findet sich in der Flüssigkeit Blut in größerer oder geringerer Menge, dessgleichen auch frische Blutungen in dem betreffenden Stück.

3) Die Schleimhautstäbchen sind fetzig und unregelmäßig konturirt, die Geschwulstpartikel haben eine glatte Oberfläche.

Die günstige Zeit für die Vornahme der diagnostischen Magenleiden ist nach R. einige Stunden nach der Mahlzeit oder nach dem Erbrechen, vielleicht auch bei nüchternem Magen.

Freudenberg (Berlin).

---

376. **H. Quincke** (Kiel). Klappenbildung an der Cardia.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. IV.)

Q. berichtet über einen Fall, der dadurch interessant ist, dass zugleich die klinischen Zeichen der Magendilatation — die große Curvatur reichte bis 2 cm unter den Nabel — und der Ösophagusstriktur bestanden. Patient erbrach bald größere, bald geringere, manchmal mit Blut vermischte Massen; die genossenen Speisen fanden gewöhnlich in der Höhe der Cardia einen Widerstand, so dass Pat. zeitweilig nur Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte; eben so stieß die Schlundsonde (auch dünnster Nummer) in der Höhe der Cardia gewöhnlich auf ein unüberwindliches Hindernis, während gelegentlich selbst eine dicke Sonde durchging. Pat. ging an einer starken Magenblutung zu Grunde. Sektion ergab außer Anderem zwei große callöse Magengeschwüre, das eine den Pylorus halbmondförmig umgreifend und auf etwa 4 cm Umfang verringernd, während das andere in der Nähe der Cardia gelegen und auf den Ösophagus übergreifend durch seinen tief ausgebuchteten Grund eine Tasche bildete. Offenbar hatte diese den während des Lebens vorhandenen Klappen-



mechanismus erzeugt, indem in ihr sich sowohl der Sondenknopf häufig verfing, als auch beim Essen öfters feste Speisemassen festsetzten, welche dann ihrerseits ein Hindernis für die weitere Passage wurden. Die Einmündung der Speiseröhre in den Magen war nicht verengt, aber spaltförmig verzogen. In das Narbengewebe des cardialen Geschwürs verloren sich die beiden Nn. vagi, ein Umstand, durch den vielleicht die Einwirkung dieser auf die Bewegung der Magenmuskulatur beeinträchtigt, und die Erweiterung des Magens begünstigt wurde (ähnlich wie in einem Falle Traube's, Ges. Beitr. z. Pathol. und Physiol. Bd. II. p. 988). **Freudenberg** (Berlin).

---

377. **Rydygier.** Über Pylorusresektion.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 220.)

Diese Abhandlung wird auch für den internen Kliniker und Arzt von wesentlichem Interesse sein, weil wir in ihr die Indikationen und den richtigen Zeitpunkt für die Operation besprochen finden; ist es doch meistens der interne Arzt, welcher zuerst auf die in Frage kommende Erkrankung des Magen stößt. R. hofft, dass sich das Misstrauen gegen die Operation, welches ihr von Seiten der Nichtchirurgen entgegengebracht wird, mehr verlieren werde.

In dem ersten Abschnitt finden wir die Geschichte der Pylorusresektionen entwickelt. Bereits im Anfang dieses Jahrhunderts hat Merrem an Hunden mit Erfolg diese Operation ausgeführt und, auf diese günstigen Versuche gestützt, den Vorschlag zur Exstirpation der Magencarcinome gemacht. Eben so bewiesen Gussenbauer und v. Winiwarter unzweifelhaft durch Thierexperimente, dass sowohl die Pylorusresektion ausführbar ist als auch keine letale Funktionsstörungen resultiren. Kaiser konnte unter Czerny's Leitung diese Resultate nicht nur bestätigen, sondern sogar zeigen, dass es ihm gelang, den ganzen Magen beim Hunde mit Erfolg zu exstirpiren. Wesentlich gestützt wurden alle diese Versuche durch die in neuester Zeit mit Erfolg ausgeführten zahlreichen Darmresektionen, welche lehrten, dass die Darmwunden sehr geeignet sind, nach entsprechender Naht per primam zu heilen. Vor Allem aber waren es die Operationen am Magen selbst, welche bewiesen, dass dieser eben so gut per primam heilen kann wie der Darm. Schon 1521 soll ein baierischer Arzt eine Gasteroraphie gemacht haben. Vor 17 Jahren trug Torelli ein 16 cm im Durchmesser haltendes Stück des Magens ab, welches aus einer Stichwunde des Abdomens prolabirt war und zwei perforirende Wunden hatte; noch nach 13 Jahren war der Mann vollkommen gesund: Billroth, Esmarch führten mit Erfolg die Heilung von Magenfisteln aus. 1879 führte Péan in Paris die erste Magenresektion aus. Jetzt schon vermochte R. eine Übersicht aufzustellen, welche 23 Fälle von Pylorusresektionen aufweist, 21 wegen Carcinoma ventriculi, 1 wegen stenosirendem Ulcus rotundum,



1 wegen narbiger Verdickung und Verlöthung, welche man für ein Carcinom gehalten hatte. Davon gingen in Heilung über 5 Fälle und zwar 4 wegen Carcinoma Operirte, 1 wegen Ulcus; die übrigen Fälle gingen mehr oder weniger schnell nach der Operation zu Grunde. Zu erwähnen ist ferner, dass in einem Falle 4 Monate nach der erfolgreichen Operation ein Recidiv den Tod bedingte.

Als zweiter Abschnitt fügt sich die Besprechung der Indikationen an und zwar werden als solche aufgestellt:

1) Stenosirendes Ulcus rotundum der Pylorusgegend, wenn das Geschwür, sei es durch Verdickung der Wandungen, oder Verwachsungen mit den Nachbartheilen, sei es durch die narbige Verengerung, den Durchtritt der Speisen hindert. Vorher sind natürlich alle inneren Mittel zu versuchen und erst dann wird man zur Pylorusresektion greifen, wenn Alles sich unwirksam erweist und die Kranken schließlich marastisch zu Grunde zu gehen drohen. Bis zu diesem letzten Stadium soll man aber auch mit der Operation nicht warten. Die Operation der Pylorusresektion als solche, ist nicht gefährlicher wie jede andere Enteroraphie. Leube ist ebenfalls der Ansicht, dass die Pylorusresektion beim stenosirenden Ulcus ventriculi eine wohlberechtigte Operation ist.

2) Carcinoma pylori. Bisher kamen nur solche Fälle zur Operation, bei welchen die Pat. schon so geschwächt waren, dass sie den Eingriff nicht mehr überstehen konnten. Leider ist die Diagnose auf Pyloruskrebs in seinem Anfangsstadium unsicher. Bei begründetem Verdachte auf Carcinom hält R. die Laparotomie für erlaubt, einmal um die Diagnose festzustellen und um gleich zu entscheiden, ob der Fall operirbar ist oder nicht. Eine antiseptisch ausgeführte Laparotomie ist ja relativ ungefährlich. Vielleicht wird die Anwendung des Magenendoskop die Probelaparotomie umgehen. Durch die Probelaparotomie wird man sich auch orientiren können, ob und welche Verwachsungen vorhanden sind. Als Kontraindikation wird namentlich die Verwachsung des Tumor mit dem Pankreas angegeben und allgemein angenommen, weil zur gründlichen Exstirpation das Abbinden eines Theiles des Pankreas nothwendig wurde. Versuche, von R. an Hunden angestellt, ergaben, dass die Abbindung kleiner Stücke Pankreas sehr gut ertragen wird; wurde aber der Ductus pancreaticus unterbrochen, dadurch, dass ein Stück aus der ganzen Dicke des Pankreas herausgeschnitten wurde, so erlagen die Versuchsthiere fast durchgehends. R. macht aufmerksam auf die Gefahr, dass es nämlich fast unmöglich ist, alles Krankhafte sicher aus dem Pankreas zu entfernen; auch die Blutung ist schwer zu stillen, kurz auch Verf. ist der Ansicht, dass bei Carcinoma pylori die Verwachsung mit dem Pankreas die Operation entschieden kontraindicirt, bei Ulcus ventriculi die Verwachsung dagegen nur die Operation erschwert und deren Gefahren vermehrt.

3) Unstillbare Hämorrhagien aus runden Magengeschwüren, die das Leben des Pat. durch Verblutung bedrohen. Der Chirurg müsste



allerdings sehr zeitig hinzukommen, was nur in den allerseltensten Fällen zutreffen wird. Auch pflegen die tödlichen Blutungen nur ganz selten aus Arterien der Magenwand zu kommen, sie treten häufiger nach Arrosion der benachbarten größeren Arterien ein, z. B. Art. gastro-duodenalis oder ihrer Zweige, am häufigsten den das Pankreas versorgenden Zweigen der Art. lienalis und pancreatico-duodenalis.

4) Perforation des Ulcus rotundum in die Bauchhöhle.

Was die anzuwendende Operationsmethode anbelangt, so verweise ich auf die Abhandlung selbst, wo anschauliche Zeichnungen das Verständnis erleichtern. **Prior** (Bonn).

---

378. **Korab.** Action exercée par l'hélénine sur les bacillus de la tuberculose. Über die Wirkung von Helenin auf Tuberkelbacillen.

(Bull. gén. de thérapeutique 1882. tome CIII. p. 127.)

Nachdem K. gefunden, dass, bei Anwesenheit von Helenin, in vorher sterilisirte Nährflüssigkeit mit den Sputis von Phthisikern implantirte Bacillen nicht zur Weiterentwicklung kommen, wohl aber in den von Helenin freien Kontrollproben, hat er an Thieren eingehende Versuche über diesen Punkt angestellt.

Zehn bis dahin noch nicht benutzte Meerschweinchen wurden zur ersten Versuchsreihe benutzt. Sieben derselben erhielten Subkutaninjektionen von mit Serum vermischter Bacillenkultur in die Leistengegend. Vier von den Thieren starben am zehnten oder zwölften Tage. Zur gleichen Zeit wurden die übrigen getödtet und bei der Sektion eben so wie bei den zuerst gestorbenen die Existenz der miliaren Tuberkulose dargethan. Dahingegen konnte bei drei Thieren, denen Tuberkelmaterie injicirt worden war, welche aus den heleninhaltigen Kulturen stammte, die Gegenwart tuberkulöser Affektion nicht nachgewiesen werden.

Ferner trat bei fünf Meerschweinchen der Tod ein in Folge hochgradiger tuberkulöser Infektion, welchen Tuberkelmaterie mit Serum direkt in die Bauchhöhle gespritzt worden war. Dagegen ließ sich eine gleiche Infektion nicht konstatiren bei fünf anderen Meerschweinchen, welche in gleicher Weise Tuberkelmaterie erhalten hatten, denen aber in das Getränk eine geringe Dose Helenin gegeben worden war: 3 cgr pro Tag für jedes Thier.

Endlich wurde vier Kaninchen Bacillenflüssigkeit in die vordere Augenkammer injicirt. Es entwickelte sich bei allen Tuberkulose der Iris und Panophthalmie. Bei zweien der Thiere wurde der Process nicht gestört, bei den beiden anderen wurden vom zehnten Tage ab jedes Mal 2 cg Helenin pro die injicirt. Diese starben nicht, und die Irisaffektion nahm einen günstigen Verlauf mit Tendenz zur Verheilung.



K. folgert aus seinen Versuchen, dass das Helenin wegen seiner stark giftigen Eigenschaften gegenüber den Bacillen, zumal denen der Tuberkulose, möglicherweise gegen die genannte Krankheit selbst mit Erfolg dürfte augewendet werden. **H. Schulz** (Bonn).

---

379. **Dianin.** Das Trichlorphenol, bestes Desinficiens bei gangränösen und fauligen Wunden und Geschwüren.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1882. No. 38.)

Durch Mischung von Karbolsäure und Chlorkalk stellt D. das Trichlorphenol dar. Das Verfahren bei Darstellung und Reinigung desselben siehe im Original. Das Trichlorphenol ($C_2 H_2 Cl_3 OH$) ist ein Phenol, in welches an Stelle von drei Atomen Wasserstoff drei Atome Chlor getreten sind. Ausgedehnte klinische Beobachtungen berechtigen D. zur Aufstellung folgender Sätze:

1) Das Trichlorphenol hat 25mal stärkere desinficirende Eigenschaften als die Karbolsäure.

2) Schon minimale Dosen desselben heben die verschiedensten Gährungsvorgänge auf.

3) Es ist ein mächtiges Antiseptikum, welches die übrigen in der medicinischen Praxis gebräuchlichen Antiseptica (wie die hypermangansauren Salze, die Chlorkalklösungen, die Karbolsäure, das Thymol, die Salicyl- und die Borsäure) an Wirksamkeit übertrifft.

4) Es ist nicht nur ein starkes Desinficiens, sondern es zerstört auch übele Gerüche (Desodorans). Der eigene Geruch des Mittels wird durch Lavendelöl (5 Tropfen auf die Unze) aufgehoben.

5) Bei der Anwendung in Substanz besitzt es nur schwach reizende Eigenschaften; die Lösungen dagegen reizen die Körpergewebe gar nicht.

6) Der Erfolg des Mittels beim weichen Schanker, bei der Diphtherie etc. ist nicht zu bezweifeln.

7) Jeder Arzt kann für seine Zwecke das Trichlorphenol selbst darstellen.

8) Die Salze desselben besitzen dieselben desinficirenden Eigenschaften wie das Trichlorphenol selbst; das Natronsalz ist geruchlos.

9) Das Kalksalz des Trichlorphenols ist billiger als die Karbolsäure. **E. Bardenhewer** (Bonn).

---

380. **Grunmach.** Über die Behandlung des Kropfes durch parenchymatöse Arseninjektionen. (Aus der medicinischen Universitätspoliklinik zu Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 32.)

Gestützt auf die günstigen Erfolge, welche Langenbeck, Billroth u. A. bei malignen, inoperablen Geschwülsten der



Schilddrüse durch parenchymatöse Arseninjektionen erzielten, und unzufrieden mit den Resultaten anderweitiger therapeutischer Proceduren bei Struma, wie Anwendung des faradischen und konstanten Stromes, äußere Applikation von Jod, Injektion von Jodtinktur resp. Lugol'scher Lösung, von denen die Jodinjektionen sogar nicht selten nachtheilige Folgen nach sich ziehen, theils durch von der Einstichsstelle ausgehende Abscedirungen und jauchige Entzündungen, theils durch momentane Erstickungsgefahr in Folge der plötzlich erhöhten Schwellung innerhalb der Geschwulst, versuchte G. bei Struma follicularis und fibrosa in ca. 100 Fällen die parenchymatöse Injektion von Arsen. Es wurden von einer Lösung von einem Theil Liq. kal. arsenicos auf drei Theile Aq. destill. wöchentlich 2—3mal je eine halbe Pravaz'sche Spritze injicirt. Die der Einspritzung regelmäßig folgende Reaktion war nie so heftig, wie nach Jodinjektion, üble Zufälle traten (bei mindestens 1000 Einzelinjektionen) niemals auf. Der Erfolg war, wie die beigegebenen Krankengeschichten beweisen, ein äußerst zufriedenstellender; nach 10—12 Injektionen wurde eine Abnahme des Halsumfanges (gemessen von der Einsenkung über der Vertebra colli prominens aus über den größten Umfang der Geschwulst) von 2—4 cm erzielt, die häufig bestehenden Schluck- und Athembeschwerden besserten sich wesentlich, oft schon nach wenigen Injektionen, und selbst bevor eine deutliche Abnahme der Struma nachweisbar war. Auch auf das Allgemeinbefinden der häufig gleichzeitig anämischen resp. chlorotischen Individuen zeigten die Arseninjektionen zuweilen einen günstigen Einfluss.

Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

381. **M. Bernhardt.** Weitere Beiträge zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des Nervus facialis bei Tic convulsif.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 9.)

Eine aufs Neue beobachtete Heilung des Tic convulsif nach Dehnung des N. facial. gab dem Verf. Ursache, 10 Fälle dieser Krankheit (darunter drei von ihm selbst behandelte) zusammenzustellen, bei welchen die betreffende Operation ausgeführt worden ist. Es zeigte sich, dass in einzelnen Fällen ein nicht unbedeutender Erfolg erzielt wurde. Verf. weißt nich zu erklären, warum in den einen Fällen dauernde Besserung oder Heilung eintritt, in den anderen mit wiederkehrender Motilität auch die alten Zuckungen sich wieder einstellen. Er weist aber darauf hin, dass in manchen Fällen wohl nicht direckt nachweisbare Ursachen, denen man auch therapeutisch nicht beikommen kann, Schuld sein mögen. So hat Fr. Schulze bei einem Phthisiker kurz vor dessen Tode Tic convulsif gesehen, welches, wie sich bei der Sektion herausstellte, in einem kirschkerngroßen Aneurysma der linken A. vertebralis gerade vor der Öffnung des Porus acusticus internus, welches auf dem Stamm des Nerv. fac. und M. acustic. auflag, seine substantielle Erklärung fand. Dass in solchen Fällen nach der Dehnung des Nerven bei



wiederhergestellter Leitungsfähigkeit auch das alte Leiden wiederkehren muss, ist selbstverständlich. Jedenfalls lässt sich bei dem geringen Material kein endgültiges Urtheil über die in Rede stehende Operation abgeben, und man muss die Bereicherung unseres Wissens hierüber von weiterer Anwendung des Verfahrens erwarten.

Karewski (Berlin).

381. **A. Comanos** (Kairo). Über eine merkwürdige, toxische Nebenwirkung des Morphium muriaticum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 42.)

C. machte bei einem 55jährigen, kräftigen Mann, dem er wegen Ischias Morphium zuerst subkutan, dann per os, und schließlich als Einreibung verordnete, die höchst sonderbare, vielleicht als einzig dastehende Beobachtung, dass dieses Narcoticum bei dem Pat. neben den anderen toxischen Nebenwirkungen noch den Ausbruch eines Exanthems unter Fiebererscheinungen hervorrief, welches ganz einem plötzlich und blitzschnell entstandenen Scharlachausschlag glich. Während nach subkutaner und innerlicher Einnahme von Morphium dasselbe nach etwa 36 Stunden auftrat und dann nach vier bezüglich zwei Tagen unter Desquamation und Apyrexie wieder verschwand, entwickelte sich bei äußerlicher Anwendung das Exanthem erst nach 5 Tagen, hier aber unter Aufschießen von Pusteln und Bläschen und schließlicher Endigung in Furunkel- und Karbunkelbildung, wobei die ursprünglich an den Einreibungsstellen entstandene Röthe den ganzen Rücken überzog; drei Wochen vergingen bis zur vollständigen Heilung. Es geht daraus hervor, dass erst mittelgroße Dosen (0,02 innerlich resp. endermatisch 0,5 äußerlich) die exanthematische Affektion, welche C. mit den von Köbner beschriebenen Jodkalium-, Chinin- u. a. Ausschlägen vergleicht, hervorrufen.

Karewski (Berlin).

382. **H. Quincke.** Über umschriebenes akutes Hautödem.

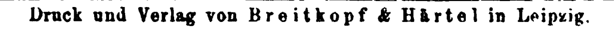
(Monatshefte für praktische Dermatologie 1882. Bd. I. Hft. 5. Juli.)

Mit obigem Namen bezeichnet Q. eine zuweilen nach Erkältungseinflüssen, Körperanstrengungen etc. auftretende, bei Männern anscheinend häufiger als bei Frauen vorkommende, gern recidivirende, offenbar als Angioneurose aufzufassende Hautaffektion, welche sich durch das Auftreten cirkumskripter, blasser, gegen die Umgebung nicht scharf abgegrenzter ödematöser Schwellungen von 2—10 und mehr Centimeter Durchmesser, besonders an den Extremitäten und zwar in der Umgebung der Gelenke, aber auch am Rumpf und im Gesicht (Lippen, Augenlider), zuweilen auch auf den Schleimhäuten (Lippen, Gaumensegel, Pharynx, Larynxeingang, wahrscheinlich auch mitunter Magen- und Darmschleimhaut, wie aus dem, in einem Falle anfallsweise auftretenden gastrischen und intestinalen Symptomen zu schließen) charakterisirt. Diese Schwellungen treten plötzlich, gewöhnlich an mehreren Stellen gleichzeitig auf, verursachen etwas Spannungsgefühl, seltener Jucken und verschwinden eben so plötzlich, nachdem sie mehrere Stunden bis einen Tag bestanden haben; in der Regel treten inzwischen aber an anderen Stellen neue Eruptionen auf, so dass sich das Leiden über Tage und selbst Wochen hinzieht. Das Allgemeinbefinden ist gewöhnlich nicht, oder nur leicht gestört; Temperaturerhöhung wurde nie beobachtet. Die Affektion hat eine gewisse Ähnlichkeit, sowohl mit Urticaria, wie mit Erythema multiforme, auch kommen Übergangsformen dazu vor. Therapie: prophylaktische Regulirung der Lebensweise, namentlich der Verdauung, im Anfall Ruhe, Fußbäder, Ableitung auf den Darm. Atropin scheint vortheilhaft zu wirken. Ödem des Larynxeinganges erforderte zuweilen die Skarifikation.

Freudenberg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.





Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 28. **Sonnabend, den 28. Oktober.** **1882.**

384. C. Veraguth (St. Moritz). Die Stellung der praktischen Medicin zur Infektionstheorie der Tuberkulose.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1882. Jahrg. XII.)

Die scheinbaren Widersprüche zwischen dem klinischen Verlauf der Tuberkulose und der jetzt festgestellten Ätiologie zu lösen, und die Veränderung der Therapie, die aus letzterer resultirt zu besprechen, soll die Aufgabe des V.'schen Vortrages sein. Nach einer gedrängten Übersicht über die Geschichte der Infektionstheorie und über die Koch'schen Entdeckungen werden als Träger des Tuberkelkeimes bezeichnet die Athmungsluft und die Nahrungsmittel (perlsüchtiges Fleisch, tuberkulöse Milch), als Eingangspforten für dieselben also der Darmtraktus und die Respirationswege. Je nach den Geweben, welche sich für den Bacillus als günstiger Nährboden erweisen, unter-



scheidet sich die tuberkulöse Erkrankung. Haftet er im Bronchialrohr so entsteht Bronchopneumonie und Peribronchitis, gelangt er in die Lymphwege so erregt er disseminirte Tuberkulose im interstitiellen Lungengewebe, oder erreicht nach unschädlicher Passirung der Lungen und des allgemeinen Kreislaufes die Niere, wo er sich dann ablagern kann und eine primäre Infektion erzeugt. So lassen sich für alle Bilder tuberkulöser Erkrankungen, welche wir vom Sektionstische her kennen, Erklärungen finden. Eine allgemeine Empfänglichkeit der Individuen für das Krankheitsgift muss ausgeschlossen werden; nur da wo der Kontakt ein intensiver ist, wie bei Ehegatten, oder wo das Gift durch die Zeitdauer und Vermehrung der Infektionsherde (Sanatorien etc.) potenzirt wird, giebt es eine augenfälligere Infektiosität, wie sich aus der Litteratur und aus eigenen Beobachtungen des Verf. nachweisen lässt. Immerhin bleibt die direkte Übertragung Ausnahme und die bisher angenommenen ätiologischen Momente müssen zu Recht bestehen bleiben, wenn auch ihr Verhältnis zur Infektion ein anderes wird. Das ist einmal die erbliche Anlage, alias eine Beschaffenheit des Organismus, welche dem Tuberkelbacillus besonders günstige Verhältnisse zu seiner Entwicklung verschafft und Erbstück der Eltern ist. Wenn Verf. zu diesen günstigen Nährböden auch die skrofulose Diathese rechnet, so hat er doch wohl den Sinn unserer jetzigen Tuberkulosetheorie nicht richtig erfasst, da ja Skrofulose nicht günstigen Nährboden, sondern gewissermaßen einen Grad, einen Anfang der schlimmeren Krankheit darstellt. Immerhin mag man die Erblichkeit in diesem Sinne nicht gänzlich leugnen. Das zweite Moment zur Erwerbung der Tuberkulose ist erworbene Disposition, sei es nun in Folge von vorhergegangenen Lungenkrankheiten oder in Folge schlechter hygienischer und Ernährungsverhältnisse.

Sind wir nun auch heute noch nicht in der Lage direkt zerstörend auf den eingenisteten Tuberkelbacillus einzuwirken, so kann man doch der Koch'schen Entdeckung bedeutsame Winke für die Prophylaxis entnehmen.

Sputa sind zu desinficiren, Disponirte dürfen nicht in Kurorte geschickt werden, welche Sammelplatz von Schwindsüchtigen sind, die Kinderernährung, die Milchkuren müssen in besonders vorsichtiger Weise vorgenommen werden. Will man aber die Disposition zur Tuberkulose vernichten — und das wird ja in der That der Angelpunkt sein — so hat man — nicht der Arzt und Apotheker — die socialen Missstände zu beseitigen, und die Ehe aller Tuberkulösen und der Tuberkulose Verdächtigen staatlich zu verbieten. Wie gerade das Letzte durchgeführt werden soll, vergisst der Verf. leider aus einander zu setzen.

Karewski (Berlin).



385. **Ch. Leroux.** Du paludisme congénital et du rôle de l'hérédité dans l'étiologie du paludisme infantile.

(Revue de médecine 1882. Juli 10.)

L. bearbeitet die Frage, ob es ein kongenitales Sumpffieber giebt und ob solches ohne Einwirkung klimatischer Schädlichkeiten, also hereditär vorkommt. Die Ansichten gewichtiger Autoren über diesen Gegenstand gehen weit aus einander, in solchem Grade, dass die Einen nicht nur eine erbliche Anlage für Malaria anerkennen, sondern sogar in Folge dieser Krankheit eine Degeneration der Rasse an manchen Orten beobachtet haben wollen, die dem Kretinismus der Alpenländer zur Seite gestellt werden kann, die Anderen in Malariaändern, wo 70 % aller Kinder am Wechselfieber laboriren, niemals bei der Geburt eines der Symptome davon gesehen haben wollen. L. theilt nun eine große Anzahl fremder und eigener Beobachtungen mit, wo malariakranke Mütter bei jedem Fieberanfall vermehrte und heftige Kindsbewegungen gespürt hatten und so deren Kinder entweder vorzeitig abgestorben waren oder mit Erscheinungen der mütterlichen Krankheit geboren wurden, also eine »intra-uterine Malaria« durchgemacht hatten; ferner solche wo die Kinder von Müttern, die während der Gravidität jenes Leiden acquirirt hatten, entweder mit Milztumoren oder mit ausgesprochenem Wechselfieber zur Welt kamen, und schließlich solche, in denen die Kinder einige Tage nach der Geburt von der Krankheit befallen wurden, an der die Mutter schon vorher gelitten hatte. Es würde zu weit führen, die interessanten Krankheitsgeschichten hier mitzutheilen, deren Zahl sich auf siebzehn beläuft. Ist der Verf. nun auch entfernt, sie alle als hereditäre Malaria anzusprechen, indem er — und wohl mit gutem Grunde! — jene Beobachtungen von vermehrten Kindsbewegungen während und nach dem Paroxismus ausschließt, und andere als nicht genau genug beobachtet ansieht, da bei ihnen entweder nicht alle Symptome des fraglichen Leidens erwähnt werden, oder die Überlegung außer Acht gelassen ist, ob nicht auch das Kind von dem endemischen Krankheitsgift angesteckt worden war, so bleibt doch eine ganze Zahl übrig, in denen die Beobachtung hinreichend sicher ist und gleichzeitig auch der zweite Einwand nicht erhoben werden kann. Weniger feststehend sind die Fälle, wo ein längerer Zwischenraum zwischen Geburt und Erkrankung liegt. Der gewichtigste Einwurf scheint aber für L. der folgende zu sein: Nach den neuesten Untersuchungen hat man auch für das Sumpffieber ein geformtes Krankheitsgift anzunehmen. Nun hat man experimentell festgestellt, dass es nicht möglich ist, durch den Placentarkreislauf irgend welche, seien es auch die kleinsten geformten Elemente in den Kreislauf des Fötus zu übertragen. L. findet sich mit diesem Widerspruch so ab, dass er sagt, die experimentellen Untersuchungen ständen nicht immer in Einklang mit den Erfahrungen am Krankenbett, und dass man auch sonst, wenn auch nicht mit absoluter Gewissheit, Übertragung



infektiöser Krankheiten von der Mutter auf den Fötus gesehen habe. (Die Krankheit, welche am besten zum Vergleich herangezogen werden könnte, wegen der Sicherheit der Thatsache, Syphilis, erwähnt Verf. sonderbarerweise nicht!)

Schließlich wirft er noch die Frage auf, ob es möglich sei, dass das ererbte Wechselfieber latent bleibt, um dann bei irgend einer Gelegenheit in intermittirender Neuralgie oder anderen intermittirenden Krankheiten als larvirte Malaria manifest zu werden. Obgleich es ihm möglich ist eine Krankengeschichte mitzutheilen, wo ein Mann, der als 2jähriges Kind am Sumpffieber gelitten, 40 Jahre später in fieberfreier Gegend nach einem Trauma aufs Neue diese Krankheit acquirirte, eine Krankengeschichte, die also die Möglichkeit einer jahrelangen Latenz nicht ausschließt, so hält er doch die Sache nicht für erwiesen, einmal weil bei den intermittirenden Neuralgien das sonst allmächtige Chinin sich öfters wirkungslos erweist, und dann, weil auch ohne jeden Konnex mit Malaria periodische Affektionen vorkommen. Verf. schließt seine Abhandlung mit etwa folgenden Thesen:

1) Es ist heut zu Tage zwar noch nicht möglich, mit Bestimmtheit die Existenz eines kongenitalen Sumpffiebers zu behaupten; und man kennt noch nicht genau die Rolle, welche die Heredität bei dem Wechselfieber der Kinder spielt. Die einschlägigen Beobachtungen sind dazu weder zahlreich genug, noch genügend beweiskräftig.

2) Indess die sicher beobachtete Thatsache, dass angeborene Milzhypertrophie bei Kindern gefunden wurde, welche von malariakranken Müttern stammten, dass diese Hypertrophie auf keine andere Ursache zurückgeführt werden konnte und dass gleichzeitig mit ihr gewisse charakteristische Symptome von Malariakachexie vorkamen, gestatten es, an die Wahrscheinlichkeit eines kongenitalen und hereditären Wechselfiebers zu glauben.

3) Einzelne Kinder scheinen bei der Geburt eine erhebliche Prädisposition für intermittirende Fieberanfälle, welche ohne Einwirkung eines endemischen Krankheitsgiftes kurze Zeit nach der Geburt auftreten und manchmal denselben Typus wie bei der Mutter zeigen, auf die Welt mitzubringen.

4) Ob es möglich ist, bei fehlendem Nachweis einer Malariaintoxikation die Erblichkeit zur Erklärung von intermittirenden Neuralgien und von der Wirksamkeit »antiperiodischer« Heilmittel anzunehmen, darüber müssen weitere Untersuchungen Aufschluss geben.

Karewski (Berlin).



386. **Heneage Gibbes.** A new method for the detection of the tubercle bacillus.

(Read in the Section of Pathology at the Annual Meeting of the British Medical Association in Worcester, 1882. August.)

(British medical journal 1882. p. 735. Okt. 14.)

G. benutzt als Färbungsmittel bei Untersuchung auf Tuberkelbacillen Magenta- und Chrysoidinlösung, erstere zur Färbung der Bacillen, letztere zur Färbung des Untergrundes. Zur Herstellung der Magentalösung löst er 3 g reines Anilin in 20 g Spiritus, setzt darauf der Mischung allmählich unter beständigem Umrühren 2 g feingepulverter Magenta zu, bis sich das Pulver löst und fügt langsam 20 g destillirtes Wasser hinzu. Die Chrysoidinlösung wird durch Verreibung des Farbstoffes mit destillirtem Wasser bis zur Sättigung dargestellt; um sie zu konserviren, setzt man einen Thymolkrystall, gelöst in ein wenig absolutem Alkohol hinzu, und hebt die Lösung an einem dunklen Platze auf. Im Übrigen ist das Verfahren G.'s ganz das Ehrlich'sche; nur bringt er das Deckgläschen zu guter Letzt, ehe er es mit Canadabalsam auf den Objektträger thut, zur völligen Entwässerung in absoluten Alkohol und lässt es dann an der Luft trocknen.

G. behauptet, dass die Tuberkelbacillen bei seinem Verfahren mit größerer Sicherheit gefunden werden und deutlicher zu sehen sind, als bei allen anderen veröffentlichten Methoden.

Freudenberg (Berlin).

---

387. **Carl Vohsen.** Beiträge zur Kenntnis des Gelenkrheumatismus im Kindesalter. (Mittheilungen aus der Straßburger Kinderklinik.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Neue Folge Bd. XIX. Hft. 1.)

In den Jahren 1880—81 kamen auf der Straßburger Kinderklinik 20 Fälle von Gelenkrheumatismus zur Beobachtung, in der ersten Hälfte des Jahres 1880 allein die Hälfte. Das Alter der Pat. bewegte sich zwischen dem 9. und 14. Jahre. Die Durchschnittsdauer der Krankheit, so weit dieselbe nur rein lokale Gelenkerscheinungen darbot, belief sich auf 5—18 Tage, übereinstimmend mit den von Reton gemachten Angaben. Nur bei einem Kinde trat ein leichter Fall von Chorea auf. 4 Fälle schlossen sich an Scarlatina und Diphtheritis an. In 9 Fällen kam es zu Endokarditis, zwei waren zugleich mit Perikarditis komplicirt. Aus den mitgetheilten 9 Krankengeschichten ergiebt sich, dass hauptsächlich die Valvula mitralis betroffen wurde. Die Endokarditis resp. Perikarditis trat 2mal in der ersten Woche des Gelenkrheumatismus, 3mal in der zweiten Woche und in den anderen Fällen in der vierten und fünften Woche auf. Die Gelenke waren nur in drei Fällen geschwollen und zwar bei den Mädchen. Das Fieber überschritt die Höhe von 39,6° nicht. Die

Schmerzen wurden sehr schnell nach Natron salicyl. gehoben, jedoch wurde die Entwicklung der Endo- und Perikarditis in keiner Weise durch Natr. salicyl. beeinflusst. Übereinstimmend mit anderen Autoren ergab sich, dass die Herzaffektion sich bei Formen des Gelenkrheumatismus entwickelte, die sich durch leichte Schwellung, verhältnismäßig geringe Schmerzhaftigkeit der Gelenke, jedoch durch die Tendenz zur Recidivirung auszeichneten. Sieht man den Gelenkrheumatismus als Infektionskrankheit an, so erklärt sich die häufigere Herzaffektion bei Kindern aus dem geringeren Widerstand, welchen das kindliche Herz dem Virus zu leisten im Stande ist. Dass die Albini'schen Noduli, ferner die Enge der Aorta an der Einmündungsstelle des Ductus Botalli (Jacobi) nicht die Ursache der Herzkomplikation abgeben, dafür spricht der Umstand, dass das frühe Kindesalter, in dem die Albini'schen Noduli noch nachweisbar und die größere Enge der Aorta am bedeutendsten ist, fast ganz von Rheumatismus acutus articulorum verschont bleibt. Der Grund dafür, dass das Herz gerade bei Gelenkrheumatismus so häufig afficirt gefunden wird, sieht Verf. mit Bouillaud, Rehn u. A. in »einem Parallelismus, in die serösen Häute überhaupt, das Endokard und die Gelenke in Bezug auf ihre anatomischen Verhältnisse stehen«. Das bisweilen epidemienartige Auftreten des Gelenkrheumatismus, die so häufige Komplikation von Seiten des Herzens, die derselbe mit anderen Infektionskrankheiten gemein hat, sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für die infektiöse Natur des Rheumatismus acutus articulorum.

Kohts (Straßburg).

---

388. **Kahlbaum** (Görlitz). Über cyklisches Irresein.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 19.)

Das cyklische oder cirkuläre Irresein ist eine Krankheitsform, bei welcher ein Stadium der Melancholie und der Manie auf einander folgen und nach einem Zwischenzustand wirklicher oder scheinbarer Gesundheit, sich beliebig oft, mit ziemlich großer Gleichmäßigkeit und Regelmäßigkeit, bis an das Lebensende wiederholen. Auch beim typischen Irresein sind Melancholie und Manie nur Stadien, keine Krankheitsarten, denn es geht die Manie, »wenn sie nicht zur Heilung gelangt«, allmählich in eine Art Verrücktheit und Verwirrtheit, diese schließlich in Blödsinn, die sogenannte Terminaldemenz, über. Übrigens bieten beide Krankheiten, das cyklische und das typische Irresein, manche Differenzpunkte dar. Die Melancholie des typischen Irreseins, die sogenannte Initialmelancholie, hat im Allgemeinen einen unbestimmten Charakter, der sich in geistiger oder gemüthlicher Beunruhigung äußert und meist nicht von langer Dauer ist, während die Manie längere Zeit anhält und durch hochgradige Veränderungen des ganzen Seelenlebens ausgezeichnet ist. Umgekehrt stellt die erste Melancholie des cyklischen Irreseins gewöhnlich ein Stadium von längerer Dauer dar, mit sehr ausgeprägten Gefühlsalterationen



von bestimmtem Inhalt, mit perversen Vorstellungen, welche meistens in Selbstanklagen zum Ausdruck gelangen. Der Charakter der Manie dieser Krankheitsart wird am prägnantesten durch den französischen Populärausdruck Folie raisonnante, d. h. Unvernunft mit Vernunftsgründen oder vernunftfähiger Wahnsinn gekennzeichnet: die Kranken wissen all ihr Reden und Handeln mit plausiblen Gründen zu motiviren; ein erheblicher Theil von Seelenerscheinungen bleibt normal, nur das Gefühlsleben ist hauptsächlich krankhaft verändert, mit dem Charakter der Heiterkeit, diese Seelenstörung ist somit eine partielle. Beide Phasen des cyklischen Irreseins also haben mit einander große Ähnlichkeit, so fern es sich vornehmlich um Störungen des Gefühls handelt, und so hat man es mit einer einheitlichen Krankheit zu thun, welche ein Stadium des Anstiegs und Abstiegs unterscheiden lässt. Man halte streng aus einander das cyklische Irresein, welches nicht zu Terminalblödsinn führt und selbst im Stadium der Manie nur eine krankhafte Veränderung des Gefühlslebens repräsentirt, und das cyklische Irresein, welches in Verwirrtheit und Demenz übergeht und im Exaltationsstadium alle Seiten der Seelenthätigkeit primär ergriffen hat. Letzteres wird passend als typisches Irresein mit cirkulärem Verlauf (Vesania typ. circular.) bezeichnet, für die nicht degenerative Reihe hat K. das Wort Cyclothymia vorgeschlagen. Die Melancholie, welche eine bleibende Gefühlsdepression ist, wird mit Flemming Dysthymie genannt. Für die Manie empfiehlt sich der Name Hyperthymie. Dysthymie, Hyperthymie und Cyclothymie sind somit bloße Gemüthskrankheiten (partielle Geistesstörungen). Auch in der Psychopathologie muss das durch den Flourens'schen Satz von der Solidarität des Gehirns für die Seelenfunktionen gestützte Vorurtheil von der Untheilbarkeit der Seele fallen gelassen werden, es giebt nicht bloß diffuse, sondern auch in gewissem Sinne lokalisirte funktionelle Hirnkrankheiten (Psychosen). Dieser Standpunkt ist für den praktischen Arzt von großer Bedeutung, so fern es ermöglicht wird, durch Beobachtung der ersten Symptome zu einem einigermaßen sicheren diagnostischen Urtheil zu gelangen, das für Verlauf, Prognose und Behandlung von großer Wichtigkeit werden kann, während bei dem bisherigen diagnostischen Stande die specielle Symptomatik gänzlich im Stiche lässt und der psychiatrische Specialist sich gewöhnlich mehr durch einen gewissen Takt, als durch eine größere specielle Kenntnis von Einzelsymptomen und deren Anwendung von Nichtspecialisten unterscheidet.

Julius Wolff (Breslau).



389. **E. A. Birge.** Die Zahl der Nervenfasern und der motorischen Ganglienzellen im Rückenmark des Frosches. (Aus dem physiologischen Institute zu Leipzig.

(Archiv für Anatomie und Pathologie 1882, physiologische Abtheilung, p. 435 bis 479; mit 2 Tafeln.)

B. hat unter Gaule's Leitung die numerischen Verhältnisse der Nervenfasern, der Rückenmarkswurzeln und der Nervenstämme zu einander und zu den motorischen Ganglienzellen studirt. Die Zählung geschah an Nervenquerschnitten von $^1/_{200}$ mm und an Serien von $^1/_{75}$—$^1/_{50}$ mm dicken Rückenmarksquerschnitten. Die gewonnenen Resultate sind folgende:

1) Im Froschrückenmark ist für jede vordere Wurzelfaser in den Vorderhörnern eine Ganglienzelle in einer dicht zusammengedrängten Gruppe von großen Zellen mit mehreren Ausläufern vorhanden; den ganz kleinen Nervenfasern entspricht eine Anzahl kleiner Zellen, welche der erst genannten Gruppe dicht angeschmiegt liegt und in Bezug auf ihre Orientirung mit ihr übereinstimmt.

2) Der Plexus brachialis enthält stets mehr oder wenigstens gleich viel Nervenfasern wie der Plexus lumbalis; eben so ist die Zahl der Zellen in der Brachialregion des Rückenmarks annähernd gleich der Zahl der Zellen in der Dorsal- und Lumbalregion. Es ist wahrscheinlich, dass Wurzelfasern des dritten Brachialnerven aus der Dorsalregion des Rückenmarks ihren Ursprung nehmen.

3) Mit dem Gewicht des Frosches nimmt die Zahl der Ganglienzellen und Nervenfasern zu; ein Frosch von $1^1/_2$ g hatte 4871 Ganglienzellen, ein Frosch von 22 g hatte 6758 Ganglienzellen, ein Frosch von 67 g hatte 8539 Ganglienzellen und die entsprechende Zahl von markhaltigen Wurzelfasern. Dabei neigt B. zu der Ansicht, dass beim Wachsthum des Frosches schon präformirte Gebilde zu markhaltigen Nervenfasern sich entwickeln.

4) Die Zahl der Nervenfasern in den motorischen und sensiblen Rückenmarkswurzeln ist gleich der in den Nervenstämmen, so dass in den Spinalganglien keine einzige Faser endigt. (Vergleiche hierzu auch Freud, Holl, Stiénon, Ranvier, Retzius.)

5) Die Gesammtzahl der sensorischen Fasern ist größer als die der motorischen, und die Zahl der ersteren scheint mit dem Körpergewicht rascher zuzunehmen, als die der letzteren.

Nussbaum (Bonn).

---

390. **C. Friedlaender** (Berlin). Über Verkalkung der Ganglienzellen.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. Hft 1.)

F. theilt 3 Fälle von Poliomyelitis mit, in denen Verkalkung der Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks beobachtet wurde. Zwei betrafen spinale Kinderlähmung, während der dritte sich



auf eine akut nach Trauma entstandene Lähmung bezieht. Aus seinen eigenen Beobachtungen und aus sich daran anschließenden Funden zieht Verf. den Schluss, dass die Verkalkung der Ganglienzellen eine der akuten Myelitis konstant zukommende Erscheinung ist. Auch die Erfahrungen Anderer, namentlich Virchow's, so wie die Thatsache, dass etwa in der Hälfte aller Fälle von Hirnerweichungen, bei denen es sich ja fast stets um akut einsetzende Processe handelt, Verkalkungen vorkommen, weisen darauf hin, dass dieser Process einem akuten Beginn der Krankheit entspricht.

Zur Erklärung zieht Verf. eine Parallele mit den Versuchsergebnissen Litten's, der gefunden hatte, dass arterielle Anämie eine ausgedehnte Verkalkung der Nierenepithelien herbeiführt; er meint, dass es sich bei der Poliomyelitis um eine Alteration der Ganglienzellen durch ein infektiöses Agens handele, und ist geneigt, diese Krankheit als eine Infektionskrankheit aufzufassen, wofür viele der bezüglichen Krankheitserscheinungen sprächen.

Karewski (Berlin).

---

391. **Wilhelm Koch** (Dorpat). Zur Lungenchirurgie. (Dritte Mittheilung.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 32.)

K. hatte schon 1873 in einer ersten Arbeit[1] über experimentelle Versuche berichtet, mittels koncentrirter Jodjodkalilösungen oder Galvanokaustik beliebige Abschnitte, selbst ganze Lappen der Lunge in ein bindegewebiges Narbengewebe zu verwandeln, und schon damals, sich stützend auf die geringe Reaktion der Versuchsthiere gegen diese Eingriffe, so wie die chirurgischerseits öfters konstatirte geringe Empfindlichkeit auch der menschlichen Lunge (Ungefährlichkeit des Lungenvorfalls, prompte Heilung der Lungenschusskanäle) den Vorschlag gemacht, »man möge die chronischen, noch nicht zu weit vorgeschrittenen, d. h. lokalisirten Lungenaffektionen versuchsweise auch einmal mit chirurgischen Waffen bekämpfen«. In einer zweiten Arbeit (1874)[2] hatte er sodann seine Ansicht ausgesprochen, dass die Eröffnung und Flächenbehandlung von Lungenkavernen nur bei starker mit Fieber einhergehender jauchiger Sekretion und Blutung erlaubt sei, dass es dagegen irrationell sei, die Phthise als solche durch eine Flächenbehandlung von zufällig inmitten des erkrankten Gewebes sich vorfindenden Kavernen zu bekämpfen, dass hierfür vielmehr entweder nur die Durchsetzung des gesammten erkrankten Lungenabschnittes mit stark reizenden und desinficirenden

---

[1] Archiv für klinische Chirurgie 1873, Bd. XV, p. 706. Über die Veränderungen, welche gewisse mechanische und chemische Reize im Lungenparenchym hervorbringen.

[2] Berliner klinische Wochenschrift 1874, No. 16, p. 194, April 20. Historisches über die chirurgische Behandlung der Lungenkavernen.



Mitteln, oder die Zerstörung des Parenchyms, am besten mittels Galvanokaustik in Frage kommen könne. Erstere Methode, und zwar mittels parenchymatöser Injektion reiner Jodtinktur in das erkrankte Lungengewebe, hatte er seit dem 20. November 1873 auf der Frerichsschen Abtheilung der Berliner Charité Gelegenheit zu versuchen, doch erwies sich hierbei der Einfluss der Jodtinktur auf die Schrumpfung tuberkulös degenerirter Partien als ziemlich irrelevant.

Neuerdings hatte K. Gelegenheit, auf der Leyden'schen Abtheilung der Charité in zwei Fällen von putrider Bronchitis mit Bronchiektasien, die bei der üblichen internen Behandlung als unheilbar gelten mussten und dem Tode verfallen waren, die Methode der Galvanokaustik in Anwendung zu ziehen.

In beiden Fällen wurde sowohl vor, als während der Operation das »Aspirationsverfahren« angewendet Behufs genauer Lokalisirung der zu zerstörenden resp. zu eröffnenden Herde: man armirt zu diesem Zwecke eine Pravaz'sche Spritze mit Hohlnadeln von 7—15 cm Länge, führt sie in die Lungensubstanz ein, und ändert systematisch die Richtung der Nadelspitze so lange, bis die Aspiration putrides Sekret in reichlicher Menge zum Spritzenkörper hineinbefördert.

Die Operation wurde jedes Mal mit Resektion eines entsprechenden Rippenstückes begonnen, darauf, nachdem Verwachsung der beiden Pleurablätter konstatirt worden, der Thermokauter in der durch die Aspiration bestimmten Richtung vorgeschoben, die Kavernen je nach Größe entweder thermokaustisch zerstört oder eröffnet, drainirt und irrigirt (Thymol, essigsaure Thonerde). Im ersten Falle sank das putride Sputum gleich nach der ersten Operation (26. Juni), bei minimaler Reaktion des Patienten, von 400 auf 120 ccm, bestand aber auch nach einer zweiten (30. Juni) und dritten (11. Juli) Operation noch in geringem Maße, so dass das Vorhandensein noch weiterer Kavernen wahrscheinlich ist, deren Zerstörung ebenfalls beabsichtigt wird. Zustand des Pat. leidlich befriedigend.

In Fall 2, betreffend eine 29jährige Handelsfrau, die seit 1878 nach Nephritis an Ikterus und reichlichem übelriechenden Auswurf litt, wurden in einer Sitzung zwei faust- resp. kindskopfgroße Kavernen eröffnet. Nach der Operation trat Kollaps ein, 7 Tage darauf Exitus. Auswurf, der 800—1000 ccm pro die betragen hatte, war nach der Operation wie mit einem Schlage beseitigt. Als Ursache des Exitus ergab die Sektion: phlegmonöse Degeneration der Porta hepatis, lobuläre Bronchopneumonie des linken unteren Lungenlappens um einen Fremdkörper herum (Operation war rechts gewesen), chronische, offenbar schon vor der Operation bestandene Septikämie (fettige und parenchymatöse Entartung der Organe).

Für indicirt hält K. die Methode der Thermokaustik, deren Princip es sein müsse, von der athmenden Substanz nicht mehr als absolut nöthig zu zerstören, und die daher auf genau lokalisirende Diagnose mittels physikalischer Untersuchung und Aspirationsverfahren angewiesen sei, in folgenden Fällen:



1) Bei chronischer Lungengangrän. Findet sich nur eine Höhle, so genügt es, thermokaustisch eine zu ihr führende Fistel anzulegen, darauf Drainage, Irrigation; bei sehr oberflächlichen Kavernen genügt eventuell statt des Thermokauters das Messer;

2) bei akuter Lungengangrän (z. B. nach Schussverletzung). Hier muss außer Fistelbildung auch die Verschorfung der brandigen Partie vorgenommen werden, weil die Sequestration des abgestorbenen Gewebes gewöhnlich noch nicht vollendet ist;

3) wenn Fremdkörper auf dem natürlichen Wege nicht eliminirt werden, sondern zu pathologischen Processen Anlass geben.

Fraglich ist die Indication:

4) bei putrider Bronchitis ohne nachweisbare Bronchiektasien;

5) bei der jedenfalls seltenen ganz lokalisirten Lungentukerkulose.

Die Lungenresektion, über welche K. bereits 1872 ebenfalls Versuche gemacht, hat nach seiner Ansicht eine nennenswerthe Zukunft nicht.

Freudenberg (Berlin).

---

392. **Penzoldt.** Über die von Brustwirbelcaries ausgehende Ösophagusperforation und ihre Erkennung.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 448.)

Auf Grund eines klinisch und anatomisch genau beobachteten Falles von Ösophagusperforation nach Brustwirbelcaries bei einem Phthisiker untersuchte P. die Wahrscheinlichkeitsgründe, welche die Diagnose einer derartigen Perforation möglich machen. Während die in der Litteratur vorliegenden, so wie auch zwei von P. mitgetheilte, aber nicht selbst beobachtete Fälle nach dieser Richtung hin keine Anhaltspunkte bieten, war in dem vorliegenden Fall die Diagnose möglich, besonders auf Grund der plötzlichen Entleerung reichlicher, eitriger, blutig gefärbter Massen, welche mehr ausgewürgt als ausgehustet wurden, ferner auf Grund der gesteigerten Empfindlichkeit der entsprechenden Hals- und Brustgegend, endlich in dem Unvermögen zu schlingen und im Auftreten von Fiebersteigerungen und Schüttelfrösten.

Schottelius (Marburg).

---

393. **P. Grawitz.** Über Krebsmetastasen im Magen.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 15.)

Gegenüber der großen Seltenheit von Krebsmetastasen im Magen ist Verf. in der glücklichen Lage, über vier neue Fälle dieser Art berichten zu können.

In zweien dieser Fälle handelte es sich um Metastasen nach primärem Ösophaguskrebs im mittleren Theile der Speiseröhre. Die Knoten im Magen — im einen Falle zwei, im anderen ein gänseeigroßer — zeigten sich aus Plattenepithelien zusammengesetzt.

Im dritten Fall bildet ein fungöses Hodencarcinom den Aus-



gangspunkt; den Metastasen im anderen Hoden, Lungen, Leber, Nieren etc. schließen sich zwei histologisch wie das primäre Hodencarcinom zusammengesetzte metastatische Krebsknoten im Magen an, deren größerer ein centrales Krebsgeschwür zeigt.

Der vierte Fall betrifft eine allgemeine Carcinose nach recidivirtem Brustkrebs. Im Magen finden sich nahe dem Pylorus ein zehnmarkstückgroßer und fünf linsengroße flache derbe Tumoren.

G. hält das Faktum: dass in allen acht in letzterer Zeit beschriebenen Fällen von metastatischen Magenkrebsen die Neubildung einen »cirkumskripten Charakter« an sich trug, für entscheidend, um in zweifelhaften Fällen die Frage nach der primären oder sekundären Natur des Carcinoms zu beantworten.

Schottelius (Marburg).

---

394. **W. Gruber.** Darmschlingenknoten etc.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 41.)

Dieser nach G. komplicirteste der bis jetzt beobachteten hierher gehörigen Fälle war durch Verknüpfung dreier Dünndarmschlingenpackete mit der Flexura sigmoidea entstanden. Als disponirende Ursache zur Knotenbildung ist die kongenitale Aufstellung des langen an einem abnorm breiten Mesenterium hängenden Jejuno-Ileum nebst einer großen zur Achsendrehung disponirten Flexura sigmoidea anzusehen. Der Fall repräsentirt daher nach G. eine neue fünfte Unterart der Möglichkeiten von Darmschlingenknotenbildung. Das inkarcerirte Stück des Jejuno-Ileum — das längste der bisher beobachteten — hatte eine Länge von 22 Fuß und 10 Zoll; der Tod erfolgte nach der bisher beobachteten kürzesten Inkarcerationsdauer nämlich nach etwa 9 Stunden. Es handelte sich um einen 54jährigen Bauer, welcher Behufs Exstirpation eines Frontaltumors in die medicochirurgische Akademie zu Petersburg aufgenommen war und plötzlich ohne nachweisbare äußere Veranlassung an der beschriebenen Darmverschlingung zu Grunde ging. **Schottelius** (Marburg).

---

395. **M. Roth.** Über Missbildungen im Bereich des Ductus omphalo-mesentericus.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVI. p. 371.)

Nach einer kurzen Übersicht über Genese und Eintheilung der Enterokystome werden zwei Fälle von kongenitalen, aus dem Diverticulum ilei hervorgegangenen Darmcysten beschrieben. Im ersten Fall handelt es sich bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde um eine 6 cm lange, durch Ektasie des Meckel'schen Divertikels gebildete Cyste, welche mit dem Darmrohr mittels eines hohlen, 11 mm langen Stieles in offener Verbindung steht. Torsion dieses Stieles hatte eine Peritonitis zur Folge, welche den Tod herbeiführte. Die mikroskopische



Untersuchung der Divertikelwand lässt »deutliche Darmstruktur erkennen, komplicirt durch Veränderungen irritativer und entzündlicher Natur«. Im zweiten Fall findet sich ein von dem intramesenterial gelagerten Meckel'schen Divertikel abgeschnürtes Enterokystom neben mehreren anderen Enterokystomen der Bauch- und Brusthöhle bei einem Kinde, dessen Tod 10 Minuten nach der Geburt eintrat. Das intramesenterial gelagerte, unter spitzem Winkel vom Darmrohr abgehende Diverticulum ilei läuft peripher in eine bohnengroße Cyste aus, deren Inhalt nicht gallig gefärbt ist. Die Wandung dieser Cyste ist stellenweise von cilientragenden Cylinderzellen überzogen; Lieberkühn'sche Drüsen fehlen. Es findet sich außer dieser Cyste noch eine große Abdominalcyste retroperitoneal im rechten Umfang der Gekröswurzel mit 34 ccm fadenziehendem flockigem Inhalt und von Cylinderzellen ausgekleidet; ferner eine Cyste im Mediastinum posticum, welche sich vom 3. bis 10. Brustwirbel erstreckt und dickwandig, undurchsichtig, prall elastisch von verkehrt eiförmiger Gestalt ist. Diese Cyste musste, wie sich auch aus der Form, besonders der rechten Lunge ergiebt, einen starken Druck auf die Brustorgane ausüben; sie ist übrigens durch zwei quere Leisten in drei fast ganz von einander getrennte Räume zerlegt. Die Wandung besitzt Darmstruktur mit vorwiegender Entwicklung der Muskelschichten. Die beiden letzteren Cysten können nach Verf. eben sowohl »durch Abschnürung in loco aus dem Duodenum und dem Ösophagus . . . . als durch Abschnürung aus dem Dünndarmdivertikel, bez. Dottergange, mit Verschiebung nach oben zur Zeit der noch gemeinsamen Pleuroperitonealhöhle hervorgegangen sein«.

Drittens beschreibt R. einen Fall eines am peripheren Ende offenen und am Nabel rüsselförmig prominenten Divertikels, welches sich bei einem 6 Monate alten an Bronchialkatarrh verstorbenen Kinde vorfand. Es folgt zum Schluss eine Zusammenstellung der bisher beobachteten, auf den Ductus omphalo-mesaraicus zurückzuführenden Missbildungen.

Schottelius (Marburg).

396. **Baginsky.** Untersuchungen über den Darmkanal des menschlichen Kindes.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX. p. 64.)

Die Thatsache, dass die Verdauung des kindlichen Darmes eine wesentlich andere ist als die des erwachsenen, dass besonders in den ersten Lebensjahren erhebliche Änderungen in der Physiologie der Verdauung eintreten, deren chemisches Substrat durch die Untersuchungen von Zweifel und Korowin der Hauptsache nach erschlossen ist, lässt B. vermuthen, es möge auch die anatomische Anlage des in so anderer Weise physiologisch fungirenden Verdauungstraktes beim jüngeren Kinde eine andere sein, als in dem des älteren und Erwachsenen. Diesem Gedanken wurde schon von Beneke durch den Nachweis des verschiedenen Verhältnisses des kindlichen und des er-



wachsenen Darmes zur Körperlänge makroskopisch Ausdruck gegeben. Verf. macht es sich zur Aufgabe, durch mikroskopische Detailforschung dem anatomischen Mechanismus der Verdauung des Kindes nachzugehen.

An Schnitten von Alkoholpräparaten werden die einzelnen Abtheilungen des Verdauungstraktus untersucht: beim 4monatlichen Fötus, beim 7monatlichen Fötus, beim neugeborenen, einjährigen und dreijährigen Kinde. Den eingehenden histologischen Detailschilderungen entnehmen wir Folgendes: Schon beim 4monatlichen Fötus lassen sich im Magen die Heidenhain'schen Belag- und Hauptzellen unterscheiden (ein Befund, der übrigens höchst auffallenderweise von B. beim 7monatlichen Fötus nicht erhoben werden kann). Die zuerst nur als leichte Vertiefungen angedeuteten Drüsenschläuche entwickeln sich mehr und mehr sowohl an Zahl als an Länge, während die zottige Beschaffenheit der Schleimhaut besonders am Fundus allmählich verschwindet, eben so nimmt der Reichthum an lymphoiden Zellen und die Breite des Lymphgefäßapparates mit fortschreitendem Wachsthum im Magen ab.

Im Duodenum zeigen sich beim 7monatlichen Fötus die Zotten reichlich entwickelt und es lassen sich ganz vorzüglich entwickelte Brunner'sche Drüsen von zweifellos tubulöser Natur deutlich erkennen. Das Epithel dieser Drüsen zeichnet sich nach B. vor den Lieberkühn'schen Drüsen dadurch aus, dass es sich weder mit Gentianaviolett noch mit Bismarckbraun färben lässt, sondern fast immer seine durchsichtige blasse Farbe behält. Übrigens bestätigt Verf. die Schwalbe'schen Beschreibungen der Epithelformen.

Das weitere Wachsthum des Duodenum kennzeichnet sich durch fernere Entwickelung der Zotten und Falten und bedeutende Zunahme der Brunner'schen Drüsen.

Im Jejunum sieht man beim 4monatlichen Fötus als erste Anlage der Lieberkühn'schen Drüsen mäßige Einsenkungen des Epithels, die sich beim 7monatlichen Fötus schon zu schlanken am Drüsenhals etwas eingezogenen Schläuchen ausgebildet haben. Dieselben sind zuweilen dichotomisch getheilt und erreichen beim einjährigen Kinde die Länge von 0,15 mm. Die Breite der Drüsen misst am Fundus 0,033 mm. Die Entwickelung des Ileum und Dickdarm schließt sich den Verhältnissen im Duodenum und Jejunum unmittelbar an.

Überall nimmt die Darmoberfläche durch Vermehrung der Zotten stetig zu, eben so wächst die Drüsenzahl, während das Lymphgefäßsystem von der Fötalperiode an an Mächtigkeit stetig abnimmt. In diesen Verhältnissen aber findet sich der anatomische Ausdruck dafür, dass die Resorptionsfähigkeit des kindlichen Darmes eine wesentlich bessere ist als die des erwachsenen, während andererseits die auf dem vollkommener entwickelten Drüsenparenchym basirende chemische Leistung des Darmes im erwachsenen Zustande leistungsfähiger ist als im kindlichen. **Schottelius** (Marburg).



397. **H. J. Vetlesen.** Über eine eigenthümliche, reducirende Substanz im Harn bei innerem Gebrauch von Terpentin.

(Pflüger's Archiv 1882. Bd. XXVIII.)

Prof. Almén in Upsala hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass bei innerem Gebrauch von Terpentin Zucker im Harne vorkommt. Wismuthoxydlösung gab ihm nach dem Gebrauch von Terpentin immer deutliche Reaktion. V. hat eine Reihe von Versuchen mit Harn von zwei Lungenkranken angestellt, von denen der eine mit Terpentininhalationen, der zweite mit Inhalationen und Terpentinpillen behandelt wurde. Die Harne enthielten ein Eiweiß, jedoch glaubt Verf. nach seinen Gährungsversuchen die Annahme berechtigt, dass es sich nicht allein um eine neue reducirende Substanz, sondern um eine gährungsfähige Zuckerart handele, über die die speciellen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind. Er empfiehlt zunächst Vorsicht bei Deutung der Zuckerreaktionen, so wie der Gährung, da nach Worm-Müller sehr wahrscheinlich normaler Harn nicht selten 0,025 bis 0,05% Traubenzucker enthält und möglicherweise der aus Terpentinharn durch Gährung erhaltene Alkohol von Traubenzucker herstammt. **Kochs** (Bonn).

398. **E. W. Dunbar.** Bismuth in dyspepsia of children.

(Practitioner 1882. No. 171. Sept.)

D. empfiehlt Bismuthum subnitricum in Dosen von 0,03—0,3 oder citronensaures Ammoniakwismuth in Dosen von 0,1—1,0, 2 bis 4mal täglich, je nach Alter des Kindes und Schwere der Affektion, bei Kinderdyspepsien mit reiner oder wenig belegter, aber gerötheter und geschwollener, Papillae fungiformes zeigender Zunge, besonders nach der Mahlzeit zu nehmen; unwirksam sei Wismuth bei reiner, glatter, keine Veränderung der Papillen aufweisender Zunge.

Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

399. **Ad. Kjellberg** (Stockholm). Fall von Vergiftung durch Atropin bei einem 7jährigen Kinde.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Bd. III. Hft. 11 u. 12.)

Auf eine 6 cm breite ringförmige Brandwunde mit fungösen, schlaffen Granulationen, war aus Versehen eine Kompresse mit 1%iger Atropinlösung gelegt worden. Nach einigen Minuten trat Röthe des Gesichts, Klagen über Trockenheit im Halse, Durst auf. Nach 1/4 Stunde bekam Pat. Zuckungen im Kopf und Armen und erbrach. Der Fehlgriff wurde entdeckt und eine Wasserkompresse aufgelegt. Jedoch traten bei blasser Gesichtsfarbe Delirien meist froher Natur auf. Kopf wurde hin- und hergeworfen, die Finger waren dabei geschlossen, die Arme im Cubitalgelenk gebeugt, dann trat Rüttelung beider Oberextremitäten 1/2—1 Minute ein, wonach das Kind wie betäubt dalag. Nach einigen Minuten wiederholte sich das Phänomen. Nach 3 Stunden befielen klonische Krämpfe den ganzen Körper, die zuletzt in tonische übergingen. Pupillen ad maximum dilatirt, reak-



tionslos. Schleim- und Speichelsekretion wurde nicht beobachtet. Das Schlingvermögen war erschwert. Stimme heiser, lallend. Hautsensibilität aufgehoben. Haut trocken, blaublass. Kein Fieber: 37,2 T. Puls klein, frequent, weich, unregelmäßig, intermittent. Respiration beschleunigt, oberflächlich. Keine Sphinkterenlähmung.

Nach 10 Stunden allmählicher Nachlass obiger Symptome, nach 24 Stunden nur noch Erweiterung der Pupillen und Trägheit der Beinbewegungen. Die Ordination bestand in zwei Terpentinklystieren und Kognak.

Verf. befürwortet in ähnlichen Fällen die Anwendung von Stimulantien zur Bekämpfung der drohenden Herzlähmung. **Kohts** (Straßburg).

400. **Ad. Kjellberg** (Stockholm). Fall von Tetanie bei einem 4jährigen Kinde.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Bd. III.)

Ein 4jähriges, vorher nie krankes Kind war ins Wasser gefallen. Nach drei Wochen trat Steifheit der Beine auf; bald treten in Intervallen tonische Krämpfe in den unteren Extremitäten auf; die Fersen werden dabei so hoch wie möglich heraufgezogen, das Gesicht ist verzogen, Nasolabialfalte steht tief; Trismus. Ist der Anfall heftiger, so tritt auch Opisthotonus und Kontraktur der Bauch- und Brustmuskulatur ein; Zwerchfell ist niemals betheiligt. Die Oberextremitäten betheiligen sich fast gar nicht. Myosis nicht vorhanden, keine fibrillären Muskelzuckungen, Transpiration nicht gesteigert. Puls- und Respirationsfrequenz während der Anfälle groß. Das Sensorium war stets frei. Die Anfälle dauern von 3—10 Minuten. Gemüthsbewegungen und Versuche, das Kind auf den Beinen zu stützen, rufen einen Anfall hervor. Kompression der Armarterien oder Nerven, eben so die des Nerv. ischiadicus rufen keinen Anfall hervor. Dagegen tritt nach Kompression der Art. femoral. ein heftiger Anfall auf. In den Intervallen ist Pat. munter. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist erhöht. Reflexerregbarkeit normal. Kein Fieber. Ord.: Warme Bäder, Einreibungen der Beine mit Linim. sapon. camph. Hiernach tritt allmählich Besserung und nach zwei Monaten Heilung ein.

Kohts (Straßburg).

401. **Th. Hryntschak** (Wien). Beiträge zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Über Laktin.

(Archiv für Kinderheilkunde 1882. Bd. III. Hft. 11 u. 12.)

Im Jahre 1879 wurde von J. Kuntz, Chemiker in Wathwyl in der Schweiz, ein Milchzuckerpräparat, Laktin, erfunden und von Dr. Albrecht auf der Naturforscherversammlung in Baden-Baden empfohlen. Dasselbe sollte zur Kuhmilch hinzugesetzt, ein Nährmittel für Säuglinge schaffen, »so dass das Verhältnis der Nährstoffgruppen dasselbe wird, wie in normaler Frauenmilch, und somit die Nährstoffe die möglichst nämliche Assimilirbarkeit, wie von Frauenmilch erhalten. Nach Vorschrift gab Verf. 12 g Laktin, je nach dem Alter des Kindes gelöst in $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter Wasser oder rein zu $^1/_2$ Liter Kuhmilch zugesetzt. Die 31 Versuchskinder litten an Verdauungsstörungen und waren von ihren Müttern mit unpassenden Mitteln gefüttert worden. Die Laktinmilch wurde in dem Alter des Kindes entsprechenden Zwischenräumen gegeben. Die Versuche ergaben, dass das Laktin, dessen Bereitung Fabrikgeheimnis ist, der von dem Erfinder gerühmten Eigenschaften entbehrt, ja in manchen Fällen, wegen seines Gehaltes an Stärkemehl und Salzen, den Säuglingen Schaden bringt. **Kohts** (Straßburg).

Berichtigung.

Auf p. 426 im Referat 375 Rosenbach, »Die Anwesenheit von Geschwulstpartikeln etc.« im Schlusssatze lies: Magenausspülung statt: Magenleiden.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel**, Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 29. **Sonnabend, den 4. November.** **1882.**

Über die Resorptionsfähigkeit der menschlichen Magenschleimhaut unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen.

Von

Dr. med. **Julius Wolff,**

Assistenzarzt am Allerheiligenhospital zu Breslau.

Pentzold und Faber haben neuerdings in einer interessanten Arbeit unsere Aufmerksamkeit auf die normale und anomale Resorption der Magenschleimhaut des Menschen gelenkt und darauf hingewiesen, dass durch Bestimmung der Resorptionsgeschwindigkeit des

Magens die Möglichkeit gegeben sei, einen genaueren Einblick als bisher in die jeweilige Funktion desselben zu gewinnen. Bei Verabreichung von 0,2 g Jodkalium per os in Gelatinkapseln sahen sie das Jod in einem Zeitraume von $6^1/_2$—15 Minuten im Speichel Normalverdauender erscheinen; verzögert war die Zeit zu 45 Minuten und mehr bei Magendilatation: eine Thatsache, welcher sie einen diagnostischen Werth beimessen. Für das Ulcus ventriculi ergab sich ihnen, entgegen ihrer ursprünglichen Vermuthung, dass die Resorption beschleunigt sein werde, bald eine normale Zeit, bald eine größere oder geringere Verzögerung, und es scheint, als wären sie nicht geneigt, die Resorptionsstörungen für die Diagnose dieses Leidens heranzuziehen. Ganz allgemein kommen sie zu dem Resultat, dass man aus den positiven Ergebnissen der Resorptionsversuche (Verzögerung) einen Schluss ziehen könne auf das Bestehen einer Funktionsstörung, dass man jedoch auf Grund eines negativen Resultates eine Reihe von Störungen bei der Differenzialdiagnose auszuschließen im Stande sei. Auch ich habe eine größere Anzahl Versuche über Resorption im Magen angestellt und möchte an dieser Stelle nur kurz über einige gewonnene Ergebnisse berichten; eine ausführlichere Darstellung der Versuche, so wie der Krankengeschichten und Obduktionsbefunde erfolgt demnächst an anderer Stelle.

Zuvörderst sah ich die normale Resorptionszeit in weit höheren Grenzen als jene Autoren angeben, nämlich zwischen 6 Minuten und $1^1/_2$ Stunden schwanken; daraus ergiebt sich, dass wir zunächst Werthe bis zu der Höhe von $1^1/_2$ Stunden für die Diagnose eines pathologischen Zustandes des Magens nicht verwenden können. Demnach war auch die Resorption bisher normal bei den verschiedensten Krankheiten des Respirationstrakts mit oder ohne Verdauungsstörungen (Pneumonie, Pleuritis, Phthis. pulm. u. a.), bei Dyspepsie in Folge schwerer Anämien (Carcin. uteri, Carcin. oesophag. u. a.), bei Pseudoleukämie, bei Hirnleiden und vielen anderen Krankheiten. Etwas verlangsamt war die Resorption mitunter bei akutem und chronischem Magenkatarrh; Werthe über 1 Stunde 42 Minuten wurden dabei nicht gefunden. Eine auffallende Verlangsamung bot das Carcinoma ventriculi dar; Jod konnte häufig erst 3, 4 Stunden nach Aufnahme in den Magen im Speichel nachgewiesen werden, in einer Zeit also, welche bisher bei anderen Verdauungs(Magen-)krankheiten nicht beobachtet worden ist. Diese Thatsache ist um so befremdlicher, als in einigen Fällen, wie die Sektion lehrte, der carcinomatöse Tumor äußerst klein war, die normale Schleimhautfläche aber ansehnlich genug erschien, um die Resorption für ein so leicht resorbirbares Salz wie das Jodkalium in normaler Zeit zu bewerkstelligen. Andererseits aber erwies sich die Resorptionszeit selbst bei ziemlich umfangreichen Magencarcinomen zuweilen normal, sei es für eine gewisse Zeit oder für die ganze (allerdings nicht lange) Dauer der Beobachtung, und damit erleidet jener Satz von P. und F., dass man auf Grund eines negativen Resultats der Resorptionsversuche eine Reihe



von Störungen bei der Differenzialdiagnose ausschließen könne, eine wesentliche Einschränkung. Abzuwarten bleibt, ob sich nicht einmal bei chronischem Magenkatarrh oder bei Ulcus ventriculi doch gleiche Störungen zeigen, wie wir sie eben für den Magenkrebs beschrieben haben; sollten dieselben wirklich nur dem Magencarcinom zukommen, so wäre freilich Vieles für die Diagnose des Magenkrebses, vielleicht selbst des nicht palpablen, welche ja mitunter unüberwindliche Schwierigkeiten bereitet, gewonnen. Kardiakrebse, so wie das Carcinom der kleinen und großen Kurvatur von bestimmter anatomischer Beschaffenheit und Ausbreitung haben, nach den bisherigen Erfahrungen, keine Störungen der Resorption gesetzt im Gegensatz zum Carcinoma pylori (mit oder ohne Magendilatation). Dass höchstens ein positiver Befund (Verzögerung der Resorption) für Carcinom, in keinem Falle ein negativer gegen Krebs sprechen könnte, bedarf, nach dem oben Mitgetheilten, wohl kaum der Erwähnung. Dass die Methode der Resorptionsprüfung des Magens recht bald allgemein adoptirt und den übrigen klinischen Untersuchungsmethoden eingereiht werde, ist gewiss schon desshalb zu hoffen, weil wir auf diesem Wege zum Mindesten in der wissenschaftlichen Beurtheilung der Magenkrankheiten einen Schritt vorwärts thun, wenn nicht eben auch die Diagnostik gefördert wird.

Über die Resorptionsversuche vom Mastdarm aus bei verschiedenen Krankheiten, so auch beim Magencarcinom, über die Versuche ferner mit salpetrigsauren Salzen und deren Übergang in die Cirkulation vom Magen aus, will ich an anderer Stelle berichten.

---

402. **Fraenkel.** Über Cysten im Darmkanal.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVII. p. 275.)

Über die Genese der sehr seltenen Cysten in der Wand des Dickdarm existiren in so fern zwei verschiedene Anschauungen, als dieselben z. B. nach Luschka und Orth als Retentionscysten (entstanden aus degenerirten Lieberkühn'schen Drüsen), nach Cornil und Kelsch als Erweichungscysten (hervorgegangen aus solitären Follikeln) aufgefasst werden. Auf Grund eines in seinem Verlauf gut beobachteten und genau anatomisch untersuchten Falles schließt sich Verf. der Ansicht der erstgenannten Autoren an: es handelt sich um echte aus Lieberkühn'schen Drüsen entstandene Retentionscysten, welche sich im Anschluss an einen chronisch entzündlichen Process in der Mucosa des Dickdarms entwickelt haben.

Eine zweite nach einem älteren Präparat beschriebene Cyste des Darmkanal von kugeliger Gestalt und $2^1/_2$ cm Durchmesser findet sich bei einem 5 Tage nach der Geburt verstorbenen Kinde dicht über der Valvul. Bauhin. Dieselbe ist als angeboren zu betrachten und führte den Tod des Kindes durch Obturation des Darmrohrs herbei.

Schottelius (Marburg.)



403. **Thoma.** Vier Fälle von Hernia diaphragmatica.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 515.)

An die Beschreibung von 4 neuen Fällen von Hernia diaphragmatica schließt Th. eine eingehende statistische Betrachtung der 290 bis jetzt in der Litteratur verzeichneten Fälle von Zwerchfellshernien, hauptsächlich um zu eruiren, ob und durch welche fötale Bedingungen echte Zwerchfellshernien begünstigt resp. veranlasst werden.

Der erste Fall betrifft eine 76jährige Frau, bei deren Sektion als Zufälligkeitsbefund eine rechtsseitige wahre Zwerchfellshernie beobachtet wurde. Der unregelmäßig gestaltete Bruchsack hat eine Pforte von 4 cm Durchmesser und enthält ein 63 cm langes Stück Dickdarm. Die rechte Lunge zeigt einen dem Bruchsack entsprechend difform entwickelten Unterlappen, wonach für die Entstehung der vorliegenden Hernie spätestens das 17. Lebensjahr anzunehmen ist.

Ebenfalls als zufälligen Sektionsbefund bietet der zweite Fall eine Eventratio diaphragmatica sinistra dar, welche bei einem 76jährigen Landmann gefunden wurde. Im linken Brustraum liegt der stark ausgedehnte Magen und die etwas nach oben verschobene Milz. Links vom Ligam. suspensor. hepat. liegt das Zwerchfell scharf nach oben und bildet auf diesem Wege die rechte Wand des Sackes. Außer dieser Zwerchfellshernie finden sich bei demselben Individuum noch zwei Leistenbrüche, ein rechtsseitiger Schenkelbruch und eine Hernia interna pelvis minoris. Der Tod war an septischer Peritonitis nach Operation eines inkarcerirten Schenkelbruchs erfolgt. Das Vorhandensein so zahlreicher abnormer Bauchfelltaschen lässt auch für die Zwerchfellhernie einen angeborenen Defekt mit Sicherheit vermuthen.

Der nur kurz erwähnte dritte Fall stellt sich als eine Hernia daphragmatica spuria sinistra dar. Sie fand sich bei einer 25jährigen Frau, bei der sich ein apfelgroßes Magenstück durch ein rundes Loch im Zwerchfell geschoben hatte und nekrotisirt war.

Der vierte Fall betraf einen 50jährigen an Pneumonie verstorbenen Potator, bei dem sich als Zufälligkeitsbefund ein nahezu vollständiger Mangel der linken Zwerchfellshälfte vorfand. In der linken Thoraxhälfte liegt der Fundustheil des Magens, die Hälfte der Dünndarmschlingen, ein großer Theil des Colon transversum mit dem größten Theil des Netzes und die Milz. Die linke Lunge findet sich ganz hinaufgedrängt im oberen Theil der linken Pleurahöhle, ist auffallend klein, übrigens normal gebildet.

Die an die beigegebenen Tabellen sich anschließenden statistischen Tabellen sind im Original einzusehen.

Schottelius (Marburg).



404. **Nothnagel.** Zur chemischen Reizung der glatten Muskeln, zugleich als Beitrag zur Physiologie des Darmes.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. p. 1.)

Unter Anwendung aller nothwendigen Kautelen stellt Verf. Untersuchungen an über den Einfluss verschiedener Salze auf die glatte Muskulatur des Darmes und gelangt dabei zu höchst merkwürdigen Resultaten: Es zeigt sich nämlich, dass die Wirkung der Kalisalze sich wesentlich von derjenigen der Natronsalze unterscheidet, wenn man die Außenfläche des lebenden Darmes mit denselben berührt. Während das Kalisalz nur eine starke, ganz lokale Kontraktion der Muskulatur bewirkt, erstreckt sich die Wirkung des Natronsalzes über mehrere Centimeter außerhalb der Berührungsstelle und zwar ausnahmslos immer und nur in der Richtung nach aufwärts, nach dem Pylorus zu. Dabei kommt es sehr oft vor, dass die Natronkontraktion erst mehrere Millimeter oberhalb der Berührungsstelle beginnt, während diese selbst unverändert bleibt; ein Verhalten, welches bei den Kalisalzen niemals beobachtet wird. Die Wirkung tritt bei den Natronsalzen später ein als bei den Kalisalzen, ist im Allgemeinen nicht so intensiv als bei diesen und hält auch nicht so lange Zeit an. Dieselbe Reaktion auf die Darmmuskulatur wie die Natronsalze, nämlich eine aufsteigende Kontraktion haben nur noch die Ammoniumverbindungen zur Folge, während bei den zahlreichen sonst geprüften Salzen keine weiteren besonders charakteristischen Wirkungen beobachtet wurden. Die Frage, ob die beobachteten Kontraktionen als direkte Muskelreizung aufzufassen oder durch irgend welche nervösen Einflüsse vermittelt seien, beantwortet Verf. dahin, dass es sich bei den Kalisalzen allerdings um direkte Muskelreizung handeln dürfte, bei den Natronsalzen dagegen liegt die Sache anders. Hier zeigt sich nämlich, dass am lebenden Thier nach abgetrenntem Mesenterium die Reaktion der Darmmuskulatur allerdings in gewohnter Weise eintritt, an dem durch Nackenstich getödteten Thiere aber nur noch die Reaktion auf Kali, während Natron gar keine oder nur mehr indifferente Kontraktion hervorruft. Diese Thatsache zusammengehalten mit den übrigen auffallenden Erscheinungen nach Natronreiz muss zu dem Schlusse führen, dass die Natronwirkung nicht als ausschließliche Muskelreizung anzusehen sei, sondern durch Nerveneinfluss zu Stande komme. Eine Erklärung des auffallenden Phänomens der aufsteigenden Darmkontraktion nach Natronreiz weiß Verf. vor der Hand noch nicht zu geben. Die Versuche wurden an Kaninchen und Katzen vorgenommen.

Schottelius (Marburg).

---

405. **W. Jaworski** (Krakau). Methode zur quantitativen Bestimmung des flüssigen Mageninhaltes.

(Przegląd lekarski 1882. No. 34—36. [Polnisch.])

Mittels der Magenpumpe kann niemals der ganze flüssige Mageninhalt herausbefördert werden, auch bleibt dabei im Magen nicht



immer dieselbe Menge desselben zurück — Grund genug, sich nach einer genaueren Methode umzuschauen. Verf. geht vom folgenden Grundgedanken aus:

Wenn man die Magenflüssigkeit, die ein bekanntes Procent eines gelösten Körpers enthält, durch ein gegebenes Quantum destillirten Wassers verdünnt, so kann man auf Grund des Verdünnungsgrades die ursprüngliche Magenflüssigkeit quantitativ bestimmen.

Es sei:

x die gesuchte Quantität der Magenflüssigkeit, in Kubikcentimetern ausgedrückt,

y die gesammte Quantität eines in x gelösten Körpers, in Grammen,

p_1 die Quantität desselben Körpers in Procenten ausgedrückt, nachdem man dieselbe in einer gewissen Menge aspirirter Magenflüssigkeit bestimmt hat,

M die Quantität der in den Magen eingeführten Lösung, in Kubikcentimetern,

P die gesammte Quantität des in M gelösten Körpers, in Grammen,

p_2 die procentige Quantität desselben Körpers in $x + M$ (bestimmt nach einer abermaligen Aspiration);

alsdann $x : 100 = y : p_1$, $y = \frac{p_1}{100} x$

$$x + M : 100 = \begin{cases} y + P : p_2 \\ \frac{p_1}{100} x \end{cases}$$

$$x + M : 100 = \frac{p_1}{100} x + P : p_2$$

also $x = \frac{100\,P - p_2 M}{p_2 - p_1}$. Diese Formel gilt dann, wenn wir das p_1 der Magenflüssigkeit kennen (z. B. Cl) und alsdann die Lösung M desselben Körpers in den Magen einführen.

Bequemer ist es, in den Magen ein solches Salz einzuführen, welches die Magenflüssigkeit nicht enthält, z. B. lösbare Sulphate, Phosphate, Eisensalze und dgl. und darauf die dadurch entstandene Verdünnung zu bestimmen;

$$\text{dann ist } x = 100 \frac{P}{p_2} - M.$$

Oder man kann in der aspirirten Magenflüssigkeit den Procentgehalt eines in ihr gelösten Körpers bestimmen und dann M destillirten Wassers in den Magen einführen, worauf man das p_2 bestimmt;

$$\text{dann ist } x = \frac{p_2 M}{p_1 - p_2}.$$

Zahlreiche Kontrollversuche ergaben, dass die auf diese Weise erhaltenen Resultate ziemlich genau sind. (Das Nähere siehe im Original.)

v. Smoleński (Ernsdorf im österr. Schles.)



406. **R. v. Jaksch** (Prag). Über Acetonurie.

(Zeitschrift für physiologische Chemie 1882. Bd. VI. Hft. 6.)

407. **R. v. Jaksch.** Über das Vorkommen von Acetessigsäure im Harn.

(Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft 1882. Jahrgang XV. Hft. 11.)

Das Aceton ist nach Ansicht des Verf. als ein konstantes und normales Produkt des Stoffwechsels anzusehen; es findet sich im normalen Menschenharn, dessgleichen auch im Kuh-, Hund- und Katzenharn, es kommt ferner vor in Transsudaten, Exsudaten und im Blute. Während es aber normalerweise nur in äußerst kleinen Mengen auftritt, in der Tagesmenge des Harns z. B. in unbestimmbar kleinen Mengen bis zu höchstens 0,01 g (physiologische Acetonurie), kann es unter pathologischen Verhältnissen vom Organismus in größerer Menge gebildet und ausgeschieden werden. Die pathologische Acetonurie kommt nicht nur bei Diabetes vor, wo von Kaulisch schon 1860 (Prager Vierteljahrsschrift für prakt. Heilkunde Bd. XVII p. 38) mit Sicherheit Aceton im Harn nachgewiesen wurde, sondern zunächst stets bei hohem kontinuirlichem Fieber: febrile Acetonurie; die Menge des Acetons, in der Regel mehrere Decigramme, geht ungefähr der Fieberhöhe parallel. Bei fieberlosen Affektionen hat Verf. Steigerung der Acetonausscheidung nur ausnahmsweise beobachtet bei einigen Fällen von Carcinom, Lyssa, Acetonämie, bei gewissen Fällen von Diabetes mellitus.

Die Gerhardt'sche Eisenchloridreaktion (Rothfärbung des Urins bei Zusatz von Eisenchlorid) rührt nicht von Aceton, sondern von Acetessigsäure her, die freilich in der Wärme resp. bei der Destillation sich leicht unter Bildung von Aceton zersetzt; andrerseits kommen aber in seltenen Fällen Acetessigsäure und Aceton im Harn zusammen vor (z. B. beobachtete es Verf. einige Male bei Diabetes, Masern, Scharlach, Pneumonie).

Zum qualitativen Nachweis des Acetons wurde die Liebensche Jodoformreaktion benutzt. Es wurde $^1/_4$—$^1/_2$ Liter Harn mit einer mäßigen Menge Salzsäure versetzt, im Destillationsapparate aufgekocht, und die ersten übergehenden Tropfen mit Natronlauge und Jodjodkaliumlösung geprüft: es bildet sich, bei Gegenwart von Aceton, eine Trübung von Jodoform, welches man 1) an seinem charakteristischen Geruch, 2) daran erkennt, dass es beim Kochen der Flüssigkeit sich mit den Wasserdämpfen verflüchtigt und an den kälteren Theil des Reagensglases krystallinisch absetzt. Sollten die Krystalle nicht recht charakteristisch sein (sechsseitige Blättchen oder sechsstrahlige Sterne), so schüttelt man den Niederschlag sammt Flüssigkeit mit Äther, der aber alkoholfrei sein muss, weil Alkohol ebenfalls die obige Jodoformreaktion giebt, hebt den Äther ab und lässt ihn verdunsten. Bei sehr starkem Acetongehalt giebt der Harn manchmal ohne vorherige Destillation die Jodoformreaktion.

Behufs quantitativer Bestimmung des Acetons wurde eine



photometrische Methode angewandt, welche auf folgendem Princip beruht:

»Es wird aus dem Harndestillator alles Aceton durch Zusatz von Natronlauge und Jodjodkalium ausgefällt, und die dabei entstehende Trübung der in einer Acetonlösung von bekanntem Gehalt erzeugten Trübung in gleich dicker Schicht durch Verdünnen der einen oder anderen Probe mit Wasser gleich gemacht.« Der Gehalt des Harns an Aceton wird dann nach der Formel $x = \frac{A \times V}{V^1}$ berechnet, in welches $x =$ die gesuchte Acetonmenge, $A =$ die Menge des Acetons der Vergleichsprobe, $V =$ das Gesammtvolumen der das Harndestillat enthaltenden Flüssigkeit, $V^1 =$ das Gesammtvolumen der Vergleichsprobe. (Genaueres über die Ausführung der Methode s. Original.)

Freudenberg (Berlin).

---

408. **Camman.** Bronchitis and interpleural plastic exudation. Bronchitis und interpleurale plastische Exsudation.

(The med. record 1882. Bd. XXII. No. 14.)

Die Differentialdiagnose der akuten und chronischen Bronchitis und der plastischen Exsudation zwischen die Pleurablätter ist nach C. nicht immer leicht, aber sowohl für die Therapie wie bezüglich der Folgezustände, zu denen besonders letztere Erkrankung Veranlassung giebt, sehr wichtig. Bei der Bronchitis können physikalische Erscheinungen seitens der Lungen vollständig fehlen; die Anamnese, der mehr oder weniger quälende Husten, der schleimige oder schleimig-eitrige Auswurf, geringe Temperaturerhöhung bei wenig verändertem Allgemeinbefinden sichern dann die Diagnose. In anderen Fällen besteht verschärftes und rauhes Athmen, besonders während der Inspiration und am besten hörbar an den Stellen, wo die Bronchien nahe an die Brustwandung herantreten, oder diese sehr dünn ist, wie in der Zwischenschulterblatt- und Infraclaviculargegend; der Perkussionsschall ist normal, Bronchi fehlen. In einer dritten Reihe von Fällen findet man auch letztere und gerade diese Fälle erheischen Vorsicht in der Diagnose, besonders bei der chronischen Form der Bronchitis, die nach C. fast immer mit exsudativer Pleuritis komplicirt ist. Er giebt die genauen Details der physikalischen Untersuchung von drei Fällen (s. das Original), und stellt dann die in differentiell diagnostischer Beziehung wichtigen Punkte zusammen. »Pfeifende und klingende Rasselgeräusche stammen aus den Bronchien. Rauhe Bronchi klingen, wenn sie bronchialen Ursprungs sind, aus einer gewissen Entfernung und ändern ihren Ort von Zeit zu Zeit, oder verschwinden nach starkem Husten. Der Perkussionsschall ist nicht verändert, der Stimmfremitus nicht verstärkt. Bei interpleuralen plastischen Exsudaten haben die Rasselgeräusche verschiedenen Charakter: krepitirend, subkrepitirend, rauh, reibend, etc. Feine Rasselgeräusche sind immer interpleural, rauhe dann, wenn sie dem Ohr nahe sind



und ihren Ort nicht ändern. Pleuritische Geräusche verschwinden, wenn die Adhäsionen übermäßig gedehnt werden, wenn ein frisches plastisches Exsudat die Pleurablätter verklebt und die Bewegung der Lunge aufhebt oder wenn das gesetzte Exsudat rasch resorbirt wird.« Ferner spricht nach C. für exsudative Pleuritis rauhes, unterbrochenes oder abgeschwächtes Athmen, verlängertes Exspirium, matter, pergamentähnlicher, hölzerner oder hoher Perkussionsschall, verstärkter Stimmfremitus. **Brockhaus** (Godesberg).

---

409. **Stein.** Lecture on haematuria. Über Hämaturie.

(The med. record 1882. Bd. XXII. No. 13.)

St. unterscheidet 3 Formen der Hämaturie: 1) Hämoglobinurie, entstehend durch Übertritt von Blutfarbstoff in den Urin, 2) parenchymatöse Hämorrhagie, bei der die Kapillaren und 3) freie Hämorrhagie, bei der größere Gefäße Quelle der Blutung sind. In jedem Fall von Bluthamen hält er drei Fragen für wichtig: Handelt es sich wirklich um Hämaturie? Aus welchem Theile des Harnapparats kommt das Blut? Was verursacht die Blutung. Bezüglich der ersten Frage macht er darauf aufmerksam, dass nach dem Gebrauch von Rheum, Senna, Santonin, Liqu. Campechianum der Harn, besonders wenn er bei gleichzeitig bestehendem Blasenkatarrh alkalisch reagirt, eine Farbe annimmt, welche Blutgehalt vortäuschen kann. In solchen Fällen empfiehlt St. Ansäuerung des Harns, wodurch die blutige Färbung verschwinde, und wenn dies keine Sicherheit gebe, mikroskopische und spektroskopische Untersuchung. Um zu entscheiden, welche der drei obigen Formen des Bluthamens vorliegt, kann nach St. die mehr oder weniger dunkle Färbung des Urins dienen, indem dunkelbraune Farbe, entstanden durch Desoxydation des Oxyhämoglobins, für Hämoglobinurie oder parenchymatöse Hämorrhagie, hellrothe mehr für freie Blutung spricht. Schon wenige Tropfen Blutes verändern die Farbe des Urins in charakteristischer Weise.

Bei der Frage nach dem Ort der Blutung kommt nach St. in Betracht die Zeit, in welcher das Blut im Verhältnis zur Harnentleerung erscheint, die Farbe des Urins und die Menge des in ihm enthaltenen Blutes, das Auftreten von Coagulis und die Resultate gewisser instrumenteller Manipulationen. So lässt Blutausfluss aus der Urethra in den Zwischenräumen zwischen je zwei Urinentleerungen auf Blutung an einer Stelle der Harnröhre unterhalb des Musc. constrictor urethrae schließen, während bei Blutung im Sinus prostaticus einige Coagula am Anfang und helles Blut am Ende der Harnentleerung erscheint. Für eine Blutung am Blasenhals ist charakteristisch die deutlich blutige Beschaffenheit des zuletzt entleerten Urins.

Die differentielle Diagnose zwischen Nieren- und Blasenblutung ist oft schwer und müssen dabei alle subjektiven und objektiven



Symptome, die für die Erkrankung des einen oder anderen dieser Organe sprechen, berücksichtigt werden. Für Nierenblutung spricht nach St.: dunkelbraune Färbung des sauer reagirenden Urins (die Menge des Blutes ist meist gering, kann daher die Reaktion des Urins nicht verändern, und da es länger mit Letzterem in Kontakt bleibt, so tritt Desoxydation des Oxyhämoglobins ein). Alkalische Beschaffenheit des Urins bei hellrother Färbung und der Gegenwart unregelmäßig gestalteter, an den Rändern ausgefranster Coagula deutet auf Blasenblutung. Enthalten die Coagula unter dem Mikroskop erkennbare Abgüsse der Tubuli uriniferi oder haben sie fadenförmige Gestalt (wenn die Gerinnung in den Ureteren eintritt), so ist auf Nierenblutung zu schließen, falls die Bildung der Gerinnsel in der Harnröhre auszuschließen ist. Bei der Expulsion solcher Gerinnsel können Symptome und Schmerzen wie bei Nierensteinkolik entstehen. Um die Gestalt der Coagula genau beobachten zu können, empfiehlt St., dieselben in einem Gefäß mit Wasser sich entwickeln zu lassen. Wenn nach mehrmaliger Ausspülung der Blase die dazu verwendete Flüssigkeit immer wieder blutig abfließt, so ist die Quelle der Blutung in der Blase. Ist das abfließende Wasser dagegen klar und erscheint, wenn der Katheter ein paar Minuten liegen geblieben ist, wieder blutiger Urin in geringer Quantität, so kann man schließen, dass die Quelle der Hämorrhagie sich oberhalb der Blase befindet.

Des Weiteren bespricht St. die verschiedenen allgemeinen und örtlichen Erkrankungen, die zu Blutungen aus dem Harnapparat führen können (s. die Details im Original), erinnert an die für die Menstruation vikariirend eintretende Blasenblutung, stellt aus der Litteratur einige Fälle von schwerer, selbst tödlicher Blutung aus Varicen der Blase zusammen etc. und erörtert endlich die Hämaturie bei Gegenwart von Filaria sanguinis im Blute, welche er sich zu Stande gekommen denkt durch Verstopfung und Ruptur kleinster Blutgefäße, und die paroxysmale Erkältungshämoglobinurie. Bezüglich der Behandlung empfiehlt St. vor Allem Ruhe, Ableitung auf Haut und Darm, lokale Applikation der Kälte, Bekämpfung der Blasenkrämpfe und Schmerzen durch große Dosen Opium und Veratr. virid.; kleine Gaben Opium wirken nach ihm eher verschlimmernd. Von dem innerlichen Gebrauch der Adstringentien hält er weniger als von lokaler Behandlung, Ausspülung der Blase etc., doch räth er zu großer Vorsicht bei den dazu nöthigen Manipulationen, besonders vor zu rascher Entleerung der stark ausgedehnten Harnblase, weil dadurch leicht passive Hyperämie der Schleimhautgefäße und erneute Blutung entstehen könne. Die Gegenwart von Blutcoagulis in der Blase erfordert nach St. an sich kein therapeutisches Eingreifen, erst wenn dadurch heftige Schmerzen, Harnverhaltung etc. verursacht werden, räth er, die Entfernung derselben durch Aspiration oder Ausspülung der Blase zu versuchen. In letzter Instanz kommt die Eröffnung der Blase von der Pars prostat. urethrae aus in Frage.

Brockhaus (Godesberg).



410. **Lecoq.** Étude sur les accidents apoplectiformes, qui peuvent compliquer le début, le cours, la fin de l'ataxie locomotrice.

(Revue de médecine 1882. Juni 10. No. 6. p. 492.)

L. giebt zunächst eine sehr sorgfältige Zusammenstellung der bisher über die bei Tabes dorsalis vorgekommenen apoplektiformen Zufälle veröffentlichten Thatsachen, so wie eine sehr ausführliche Kasuistik, die Verf. selbst durch 8 Fälle bereichert.

Apoplektiforme Zufälle können nach Analogie der allgemeinen Paralyse und der inselförmigen Sklerose im Beginn, im Verlauf, so wie gegen Ende der Tabes sich einstellen, ohne dass die Tabes durch Hysterie, Syphilis, Alkoholismus, allgemeine Paralyse etc. komplicirt zu sein braucht; sie können in ihren Erscheinungen von ganz leichten Schwindelanfällen, Betäubungen bis zu den schwersten Formen völliger Bewusstlosigkeit, an die sich eventuell Lähmungen von verschiedener Ausdehnung und Dauer anschließen, variiren, vielleicht selbst, wie ein mitgetheilter Fall (27) zu beweisen scheint, zum Tode im Coma führen, ohne dass selbst die Autopsie genügenden Aufschluss zu geben vermag. Sie treten entweder auf unabhängig von andern Zufällen der Tabes dorsalis (27 Fälle), oder im Gefolge von Crises laryngées, die man dann vielleicht als Veranlassung auffassen kann (5 Fälle), oder kombinirt mit lokalisirten oder allgemeinen tonischen oder klonischen Krämpfen (3 Fälle).

Die Behandlung der apoplektiformen Zufälle der Tabes muss, so weit sie nicht von Komplikationen (Syphilis!) abhängig sind, eine symptomatische sein; im Allgemeinen ist Hydrotherapie, faradischer oder konstanter Strom, Secale cornutum oder subkutane Ergotininjektion zu versuchen.

Freudenberg (Berlin).

---

411. **Lyman.** Dry cupping and rest considered as means of relief in a case of locomotor ataxia. Trockene Schröpfköpfe und Ruhe als Heilmittel in einem Fall von Tabes.

(The med. record. 1882. Bd. XXII. Hft. 14.)

Der Fall betrifft einen Mann von 38 Jahren, der stets gesund gewesen war und immer mäßig gelebt hatte. Den Beginn seines Leidens datirt er kurze Zeit nach dem Brande von Chicago (1871), bei welcher Gelegenheit er sich übermäßigen Anstrengungen unterworfen hatte. Die ersten Symptome waren blitzartige Schmerzen und Anfälle von schmerzhaftem Uriniren; als Grund der letzteren wurde eine krampfartige Striktur der Urethra angenommen und dieselbe ohne Erfolg mit Bougies etc. behandelt. Bis zum Jahre 1879 konnte Pat. seinem Geschäft vorstehen, dann traten ataktische Symptome, Anästhesien, Parasthesien, Analgesien in verschiedenen Regionen der Haut der Unterextremitäten, Verlust der Sehnenreflexe, Ungleichheit der Pupillen, Abnahme des Sehvermögens und der sexuellen Funk-



tionen, Incontinentia alvi etc. etc. ein und trotz Behandlung mit dem galvanischen Strom, so wie der inneren Darreichung von Arg. nitr., später von Jodkali, und Sublimat machte die Krankheit solche Fortschritte, dass Pat. zu jeder Beschäftigung unfähig wurde. L. verlor ihn dann aus den Augen und war erstaunt, ihn nach längerer Zeit bedeutend gebessert wieder zu finden. Die Schmerzen hatten bedeutend nachgelassen, der Gang war viel sicherer, die vorher in hohem Grade atrophischen Muskeln waren funktionsfähiger geworden, die Incontinentia alvi bestand nicht mehr, das Sehvermögen war besser, die vollständig aufgehobenen sexuellen Funktionen wiedergekehrt etc. Auf Befragen gab Pat an, dass er, dem Rath eines Nichtarztes folgend, sich zweimal des Tages den Junod'schen Schröpfstiefel und trockene Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule hatte appliciren lassen, und dass bei dieser Behandlung und im Übrigen vollständiger körperlicher Ruhe eine kontinuirliche Besserung eingetreten sei. L. glaubt, dass die methodische kräftige Ableitung, verbunden mit der körperlichen Ruhe ohne Zweifel von günstigem Einfluss auf die Erkrankung des Rückenmarks gewesen und dass diese Art der Behandlung der Tabes eben so berechtigt ist, wie die hydrotherapeutischen Proceduren, Massage etc. Er fordert daher zu weiteren Versuchen mit dieser Methode auf.

Brockhaus (Godesberg).

---

412. **G. v. Schleinitz.** Therapeutische Beiträge zur Kenntnis des Ol. Eucalypti globuli.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 34.)

Der Verf. hat das, nach der Methode vom Ref. von Säure befreite und möglichst ozonisirte Eukalyptusöl bei einer größeren Reihe innerer und äußerer Krankheitsformen versucht und theilt die dabei erzielten positiven und negativen Resultate mit.

Was die äußere Applikation des Öles anbetrifft, so berichtet Verf. über sieben Fälle von Wundbehandlung, bei denen er gute Erfolge sah. Dieselben betrafen drei Abscesse verschiedener Herkunft, zwei Verbrennungen zweiten Grades, ein Ulcus cruris chronicum und eine Cystengeschwulst. In der Mehrzahl der Fälle wurden nach vorhergegangenem chirurgischem Eingriff die Wunden mit 1—2%iger Eukalyptusöllösung (Ol. Eucalypti 2—4, Aq. destill. 200, Alkohol 15—30) ausgespritzt und mit 5%iger Eukalyptusgaze verbunden. Bei dem Ulcus cruris wurde schließlich das reine Öl applicirt.

Dagegen sah Verf. keine Erfolge bei 9 Fällen von Erkrankung der Haut: Ekzema, Prurigo, Psoriasis, Impetigo, Condylomata acuminata und Ulcus syphiliticum. Eben so wenig zeigte das Öl sich wirksam bei katarrhalischen Affektionen der Vagina und Exkoriationen des Orificium externum. Verf. hatte hierbei Gelegenheit, die schon vom Ref. angeführte Beobachtung wiederholen zu können, dass das Öl reizend einwirkt, da, wo es nicht frei abdunsten kann. Dagegen erwies sich das Öl wohlthätig bei einem Fall von Carcinom der Va-



ginalportion, wo nach jeder Applikation das Speculum etwa eine halbe Stunde lang liegen gelassen wurde. Es schien dabei, als ob das erkrankte Gewebe unter dem Einfluss des Öles korrodirt würde und rascher zerfalle. Von übelem Geruch wurde nichts wahrgenommen.

Bei der internen Verwendung sah Verf. keinen Erfolg bei einem Fall von Cholelithiasis, eben so blieb das Öl unwirksam bei chronischem Darmkatarrh, Sommerdiarrhoe und Dysenterie. Bei Typhoid war das Mittel wohl von Erfolg, doch war dasselbe nicht energisch genug, um dasselbe weiter in ähnlichen Fällen anzuwenden.

Sehr günstige Resultate lieferte endlich das Ol. Eucalypti wieder da, wo es sich um Affektionen der Bronchialschleimhaut handelte. Verf. berichtet über 14 Fälle von Bronchialkatarrhen, die entweder tuberkulose Lungenerkrankung begleiteten, oder einfacher Art waren, oder endlich mit Asthma verbunden waren. Das Öl wurde inhalirt und zwar mit besonders günstigem Erfolge mit Hilfe des Hausmann'schen Respirators. Der Hustenreiz verlor sich unter der angegebenen Medikation, die Kranken bekamen ruhige Nächte und das Bronchialsekret selbst wurde in seiner Quantität sowohl als auch da, wo es Neigung zu Zersetzung vorher gezeigt hatte, in seiner Qualität wesentlich zum Besseren verändert.

Verf. betont schließlich noch den Vorzug, den das Eukalyptusöl, wenn in der richtigen Form angewandt, vor dem Terpentinöl besitzt: dass es weder den Magen noch auch die Nieren belästigt.

Hugo Schulz (Bonn).

---

413. **Th. Schott** (Bad Nauheim). Zur Behandlung des Schreibe- und Klavierkrampfes.

(Deutsche Medicinalzeitung 1882. No. 9.)

Sch. veröffentlicht ein Verfahren zur Heilung von Beschäftigungsneurosen, welches von seinem Bruder und ihm erfunden, fälschlicherweise von einem Schreiblehrer Wolff in Franfurt a/M. als das seinige bezeichnet wird. Da alle Hilfsmittel, mit denen sich die Pat. ausrüsten, als dicke und leichte Federhalter, Befestigung derselben an den Fingern u. s. f. bald ihren Dienst versagen und auch die Anwendung der Elektricität, welche in vielen Fällen Heilung oder wenigstens Besserung erzielt, nicht immer von Erfolg ist, so versuchte Verf. eine kombinirte Anwendung von Gymnastik und Massage und zwar mit vielem Glück. Die Pat. müssen 20—45 Minuten lang Abduktions-, Adduktions-, Flexions- und Extensionsbewegungen der Finger und Arme und zwar jede Übung 6—12mal machen, dann dieselben Übungen eben so lange wiederholen, während der Arzt einen gleimäßigen Gegendruck ausübt. Dieses Turnen soll 2—3mal, je nach der Schwere des Leidens ausgeübt werden. Verbunden wird damit eine Nerven- und Muskelmassage (Streichen der Nerven, Reiben der Muskeln auf dem unterliegenden Knochen), welche stets centripetal und mit ängstlicher Vermeidung jeglicher Quetschung 1mal



pro die geschehen soll. Stellt sich nach 2—3 Wochen Besserung ein, so darf man nicht mit der Behandlung aufhören, sondern muss sie noch 3—4 Wochen fortsetzen; auch nach Beendigung der Kur ist es zum Schutz vor Recidiven anzurathen, dass der Pat. noch Wochen lang mit Turnen fortfährt und lokale Kaltwasserduschen gebraucht.

Karewski (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

414. **Tauber.** Veränderungen des Darmkanals in einem Fall von lange bestandenem Anus praeternaturalis.

(Virchow's Archiv 1882. Bd. LXXXIX. p. 537.)

Bei bestehendem Anus praeternaturalis tritt Verf. für möglichst frühzeitige Darmresektion ein, da später in dem abwärts liegenden Darmstück atrophische und andere Veränderungen vor sich gehen, welche die Prognose nach Darmresektion bei lange bestehendem Anus praeternaturalis wesentlich ungünstiger gestalten. Dieser Umstand führte auch in dem von T. mitgetheilten Falle den tödlichen Ausgang herbei. Es handelte sich um einen äußerst heruntergekommenen 48jährigen Mann, welcher in Folge einer misslungenen Bruchoperation in der rechten Inguinalgegend einen Anus praeternaturalis acquirirt hatte. Nach 165tägigem Bestehen dieses Zustandes lagen in Form einer faustgroßen, Koth ausscheidenden, oberflächlich geschwürigen Geschwulst die beiden Darmenden zu Tage. Der zunehmende Marasmus des Kranken indicirte die Darmresektion. Nachdem vom abführenden Darmstück 25 cm, vom zuführenden 7 cm resecirt waren, wurde der Darm durch Schleimhautnaht und Etagennaht nach Czerny vereinigt. Der Pat. kollabirte am dritten Tage und starb. Die Sektion zeigte peritonitisches, eitriges Exsudat völlig frei von Kothbeimengung, die Wundränder überall gut verklebt. In dem hochgradig atrophischen, durchscheinend dünnen Dickdarm steinharte Kothballen. Die Naht war etwa 10 cm oberhalb der Valvul. Bauhin. angelegt, der anschließende Theil des Dünndarm ektatisch, vielfach divertikelartig ausgebuchtet und mit septenartigen Querleisten durchzogen. Einerseits durch diese scheidewandartigen Vorsprünge im Dünndarm, so wie durch die Atrophie und Koprostase im Dickdarm wurde die Passage durch den neuverbundenen Darmkanal unmöglich gemacht. Da sich aber beide Veränderungen voraussichtlich erst nach Acquisition des Anus praeternaturalis entwickelt haben werden, so empfiehlt sich für ähnliche Fälle ein möglichst frühzeitiges operatives Eingreifen. **Schottelius** (Marburg).

415. **Duguet.** Embolie pulmonaire comme cause de mort rapide et imprévue dans la phthisie pulmonaire. Lungenembolie als Ursache schnellen und unerwarteten Todes bei Lungenphthise.

(L'union méd. 1882. No. 128 u. 130.)

Ein 32jähriger Mann zeigte bei seiner Aufnahme ins Hospital die Erscheinungen vorgeschrittener Lungenphthise: die ganze rechte Lunge und der obere Lappen der linken infiltrirt und mit Kavernen durchsetzt; im unteren linken Lappen leichte katarrhalische Erscheinungen, Ödeme und Schmerzen in den Extremitäten waren nicht vorhanden. Am Abend des 12. Tages, an welchem der Zustand des Pat. keinerlei Veränderungen gezeigt hatte, ging derselbe auf den nahe beim Krankensaal gelegenen Abort, wo er nach einer halben Stunde todt aufgefunden wurde. Bei der Autopsie fand sich der zu dem noch allein funktionsfähigen linken



unteren Lungenlappen führende Zweig der Art. pulmon. durch weißliche, feste Gerinnsel vollständig ausgefüllt. Es ließen sich vier Coagula unterscheiden: zunächst dem Herzen ein kleineres, herzförmiges, dann ein 7 cm langes, das auf der ersten Theilungsstelle des Arterienzweiges ritt und in den einen Ast 3 cm, in den anderen 4 cm bis zur zweiten Theilung desselben hineinragte. Vor diesem letzteren fanden sich in den Ästen zweiter Ordnung zwei kleinere Gerinnsel. Die Arterienwandung war überall intakt und adhärirte nicht mit den Gerinnseln. Da es sich also nicht um an Ort und Stelle entstandene Thromben handeln konnte, wurde nach dem Entstehungsort der Gerinnsel recherchirt. In der linken Cruralvene zwischen dem Abgang des tiefen Astes und der Schenkelbeuge fanden sich in den durch die Klappen gebildeten Taschen drei ältere Gerinnsel, zwei kleinere herzförmige und ein 4 cm langes, am freien Ende wie abgerissenes. Letzteres adhärirte fest mit der an dieser Stelle rauhen Venenwand. Das Lumen der Vene war nur zum kleinen Theil durch die Gerinnsel ausgefüllt. In den übrigen größeren Venen des Körpers fand sich keine Gerinnselbildung.

Nach D. unterliegt es keinem Zweifel, dass die Embolie in der Art. pulmon. aus der Vena cruralis stamme und dass speciell der Hustenembolus ein abgerissenes Stück von dem großen in letzterer gefundenen Gerinnsel darstellt.

Er ist der Ansicht, dass in den meisten Fällen, wo bei plötzlichem Tod im Verlauf der Lungenschwindsucht die Autopsie Verstopfung eines größeren Astes der Art. pulmon. durch Gerinnsel ergiebt, letztere nicht durch marantische Thrombose an Ort und Stelle entstanden sind, sondern dass es sich dabei meist um Embolie aus einer anderen Region des Venensystems handelt. Er schließt, dass kachektische Tuberkulöse an gewissen Punkten des Venensystems, besonders an der Cruralis, Gerinnselbildung (marastische Thrombosen) zeigen können, ohne dass die für einen derartigen Process charakteristischen Symptome: Ödeme und Schmerzen, auftreten, und dass man daher, selbst wenn letztere während des Lebens vollständig gefehlt haben, in Fällen, wo die Autopsie als Ursache des plötzlichen Todes die Verstopfung eines oder mehrere Äste der Art. pulm. durch Gerinnsel ergiebt, im ganzen peripherischen Venensystem nach dem Ursprung derselben suchen muss.

Brockhaus (Godesberg).

416. **Kochelt** (Meran). Carcinoma cardiae, Gastrotomie.

(Wiener med. Presse 1882. No. 35.)

Nach Aufzählung aller bisher bekannten Fälle von Gastrotomie bringt Verf. die Beschreibung eines eigenen Falles, bei dem es sich um einen 70jährigen Mann handelte, der seit $1^1/_2$ Jahren über zunehmende Beschwerden beim Schlingen klagte, so dass die Speisezufuhr allmählich sich aufs Äußerste beschränkte und Pat. trotz ernährender Klysmate sehr elend wurde. Nachdem der Kranke etwa 11 Tage lang keine Nahrung per os mehr zu sich genommen hatte und in einem hohen Grade der Entkräftung sich befand, gaben die Angehörigen die Erlaubnis zur Gastrotomie.

Es wurde ein Einschnitt von 5 cm Länge parallel dem linken Rippenbogen durch die Haut und schließlich Peritoneum gemacht, der stark geschrumpfte Magen hervorgezogen, mit zwei Fadenschlingen an der Hautwunde befestigt und in gleicher Richtung mit der Hautwunde incidirt. Die Magenwunde wurde sorgfältig in die Bauchwunde eingenäht.

Es wurde nun Milch durch die Öffnung eingegossen, Pat. erholte sich etwas, starb aber doch nach drei Tagen an den Folgen der Inanition; Peritonitis war nicht eingetreten. **Seifert** (Würzburg).

417. **Cadet de Gassicourt.** Affection congénitale du coeur. Angeborener Herzfehler.

(L'union méd. 1882. No. 137 u. 138.)

Der Fall betrifft einen 2jährigen, in seiner Entwicklung zurückgebliebenen Knaben, dessen Eltern beide, besonders die Mutter, an Herzkrankheiten litten.



Derselbe war bei der Geburt hochgradig cyanotisch gewesen, und hatte in körperlicher und geistiger Beziehung nur sehr langsame Fortschritte gemacht. Als Verf. ihn zuerst sah, bestand Cyanose mittleren Grades im Gesicht, an den Lippen und Extremitäten, welche bei Aufregung, Schreien etc. intensiver wurde. Der ganze Körper sehr abgemagert; Hervorwölbung der Herzgegend und Vergrößerung der Herzdämpfung nicht vorhanden, auch kein Fremissement cataire. Der energische Herzstoß war im 4. Intercostalraum, $1/2$ cm nach innen von der Brustwarze fühlbar. Bei der Auskultation hörte man ein lautes systolisches Geräusch, am stärksten im 2. Intercostalraum links, am Vereinigungswinkel der 3. Rippe mit dem Sternum. Nach oben wurde dasselbe schwächer, war aber an der Clavicula noch hörbar, nach rechts konnte man es $1^1/_2$ cm über das Sternum hinaus verfolgen. An der Herzspitze hörte man ein zweites schwächeres systolisches Geräusch, das sich nach rechts zu verbreitete, nach links zu plötzlich verschwand. C. stellte die Diagnose auf angeborene Verengerung der Art. pulmon. und des Ost. venosum dextr. Da eine Hypertrophie des rechten Ventrikels nicht bestand, so schloss C. auf eine abnorme Kommunikation desselben mit dem linken Ventrikel. Der Allgemeinzustand des Kindes, der häufige trockene Husten, die Nachtschweiße, die Diarrhoen ließen das gleichzeitige Bestehen von Tuberkulose annehmen, obwohl keine prägnanten Symptome von Seiten der Lunge bestanden. Der Tod erfolgte nach zwei Monaten im Zustand äußerster Entkräftung.

Die Autopsie ergab allgemeine Tuberkulose der Lungen, des Peritoneums, des Darms, der Milz und Leber; da die Tuberkelablagerungen in den Lungen überall von lufthaltigem Gewebe umgeben waren, wurden die negativen Resultate der physikalischen Untersuchung intra vitam erklärlich. Am Herzen fand sich Verengerung der Art. pulmon. und des Ostium venosum dextr.; die Valv. semilunares stark verdickt, unegal nnd stellenweise knorpelhart, die Valv. tricuspidales rosenroth, gefranzt, verhärtet. Im oberen Theil des Septum ventriculosum, dicht unterhalb der Abgangsstelle der Arterienstämme fand sich eine Kommunikationsöffnung, im linken Ventrikel von dreieckiger Form (Basis 9 mm, Höhe 7 mm), im rechten mehr rundlich. Die Ränder dieser Öffnung waren ganz glatt, ohne sicht- und fühlbare Veränderungen. Der Ductus Botalli war geschlossen.

Die mikroskopische Untersuchung, welche an den in Alkohol erhärteten Präparaten angestellt wurde, ergab für die rechtsseitigen Klappen vollkommene Integrität und Fehlen von entzündlichen Wucherungen; das Endocard des rechten Ventrikels war stellenweise etwas verdickt, eben so die Bindegewebsbündel des Myocards. Das Endocard des linken Ventrikels normal. Im Niveau der Kommunikationsöffnung zwischen beiden Ventrikeln ist das Endocard sklerotisch und es finden sich Zeichen einer Entzündung der subendothelialen Schicht. In der Art. pulmon. keine entzündlichen Veränderungen. Aus der Geringfügigkeit des mikroskopischen Befundes schließt C., dass es sich im vorliegenden Fall nicht um endocarditische Processe während des intra-uterinen Lebens, sondern um eine Hemmungsbildung handelt. Die Ansicht von Chevers, dass die Cyanose bei angeborenen Herzfehlern nicht von letzteren, resp. der abnormen Kommunikation zwischen den Ventrikeln oder den Vorhöfen, sondern von einer, durch die Cirkulationsstörungen verursachten Dilatation des Kapillargefäßsystems abhängig sei, kann er nicht bestätigen, da diese Dilatation der Kapillaren im vorliegenden Falle nicht nachzuweisen war. **Brockhaus** (Godesberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 30. Sonnabend, den 11. November. 1882.

418. **Lesshaft.** Über die Lage des Magens und über die Beziehungen seiner Form und seiner Funktion.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVII. p. 69.)

Im Anschluss an seinen in der anatomischen Sektion des internationalen Kongresses zu London gehaltenen Vortrag, in welchem er sich auch gegen eine von His gelieferte Abbildung der Lage des Magens wandte (vgl. auch: Virchow's Archiv Bd. LXXXVI Lesshaft's Berichtigung und His' Erwiederung), veröffentlicht Verf. neuerdings Untersuchungen über die Lage des Magens. Er kommt zu dem Resultat: dass ein mäßig umfangreicher Magen, in einer möglichst frischen Leiche untersucht, so gelagert ist, dass »die Cardia dem Orte der Vereinigung der Knorpel der 6. und 7. Rippe der linken Seite mit dem Rande des Brustbeins und der linken Seite der Zwischenwirbelscheibe des 9. und 10. Brustwirbels entspricht«. In der Mittellinie des Körpers findet sich die untere Grenze des Magens am



häufigsten in der Mitte des mittleren Drittels des Abstandes zwischen der Basis des Schwertfortsatzes und dem Nabel. Die untere Grenze des Magenausgangs befindet sich — auch nach Luschka — in der Richtung einer Linie, welche genau in der Mitte zwischen Linea sternalis und parasternalis verläuft. Die Verbindungen des Magens mit den angrenzenden Theilen sind derart, dass »je höher und näher zur Cardia oder zum Pylorus, um so unbeweglicher der Magen wird«.

Die Bewegung des Mageninhalts findet zunächst längs der Wandung zum Pylorus und dann rückwärts in der Mittellinie zum Fundus hin Statt und wird durch Muskelbündel bedingt, welche längs, ringförmig und submucös vom Ösophagus her schief verlaufen.

Vor Allem wendet sich L. gegen die Anschauung, dass der Magen in der Art seine Lage ändern könne, dass z. B. bei gewissen Füllungszuständen die große Curvatur nach vorn gerichtet sei; er glaubt annehmen zu müssen, dass der Magen überall die Lage irgend eines seiner Theile nicht ändern könne, sondern sich nur gleichmäßig je nach der Füllung ausdehne.

Schottelius (Marburg).

---

419. **Hippolyte Martin.** Contribution expérimentale à l'étude des rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et la scrofulose. Experimentelles über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Skrofulose.

(Revue de médecine 1882. No. 4.)

Verf. stellte folgende Versuchsreihen an:

1) Von einem exquisit skrofulösen 4jährigen Kinde (Schwellung der Halslymphdrüsen, Hautausschläge, Ophthalmie etc.), welches an Bronchopneumonie gestorben war und bei dem die Sektion nichts von Tuberkulose nachwies, wurde etwas von dem Eiter, der sich in einer der Halslymphdrüsen befand, in die Bauchhöhle eines Meerschweinchens gebracht. Das Thier starb an genereller Tuberkulose. Die Überimpfung käsiger Masse von diesem Thier auf ein zweites, von dem zweiten Thier auf ein drittes ergab bei beiden dasselbe Resultat: typische generelle Tuberkulose.

2) Von dem verdickten Bindegewebe eines cariösen Fingers, der einem 13jährigen, sonst völlig gesunden Mädchen amputirt worden war, wurde ein Theil mikroskopisch untersucht und als völlig frei von Riesenzellen und Tuberkeln konstatirt; ein andrer Theil wurde einem Meerschweinchen in die Peritonealhöhle gebracht. Dieses Thier sowohl, wie ein zweites und drittes, welche, wie in der vorigen Versuchsreihe, successiv geimpft wurden, gingen an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde.

3) Dagegen riefen andere nicht von skrofulösen oder tuberkulösen Individuen herrührende Stoffe keine Tuberkulose hervor. Verf. stellte eine große Anzahl von Versuchen, von denen er 15 ausführlicher mittheilt, in der Weise an, dass er unter streng antiseptischen

Kautelen, die er übrigens in seinen sämmtlichen Versuchen angewendet haben will, die verschiedensten Stoffe (Kantharidenpulver, Carcinomtheile, Sarkomeiter, Apfel-, Birnenstücke, Glas u. A. m.) Thieren in die Bauchhöhle einverleibte: sämmtliche Thiere (Meerschweinchen, Kaninchen, Hunde) blieben frei von Tuberkulose; die Sektion ergab den bisweilen schon fast ganz resorbirten Fremdkörper frei oder abgekapselt in der Bauchhöhle, fast stets fanden sich bloß lokale Läsionen, niemals Tuberkulose.

4) In einer 4. Versuchsreihe zeigt Verf., wie die Exemplare einer und derselben Thierspecies sich verschieden empfänglich gegen das tuberkulöse Virus verhalten. Etwas käsige Drüsenmasse eines Phthisikers wurde einem Meerschweinchen einverleibt. Es starb nach 12 Tagen an genereller Tuberkulose. Ein zweites mit Käsemasse des ersten inficirtes Thier wurde ebenfalls tuberkulös und starb nach 9 Tagen. Ein drittes, von dem zweiten Thiere aus inoculirtes Meerschweinchen dagegen nahm zwar in den ersten 11 Tagen bedeutend an Gewicht ab, so dass es für sterbend gehalten wurde, dann aber erholte es sich wieder und wurde ganz gesund. Dies dritte Thier überstand also siegreich den Kampf gegen das tuberkulöse Virus; Verf. will bezüglich des Werthes einer derartigen Vaccination weitere Versuche anstellen.

Aus den mitgetheilten Versuchen schließt er:

1) Der Tuberkel entsteht immer nur durch Tuberkelgift, alle anderen einem Thiere einverleibten Fremdkörper erzeugen höchstens eine sog. Pseudotuberkulose.

2) Die echte Skrofulose — d. h. was man heute unter diesem Begriff versteht — gehört entweder mit allen ihren Symptomen oder nur mit einem Theil derselben in den Rahmen der Tuberkulose. Im letzteren Falle müsste man die anderen, nicht tuberkulösen Symptome als den Ausdruck einer lymphatischen Konstitution ansehen. Nur das Experiment (Serienimpfungen) wird die Entscheidung liefern. **Lüderitz** (Berlin).

---

420. **Ch. Féré.** Contribution à l'étude des affections aigues du coeur chez les vieillards. Über die akuten Herzkrankheiten der Greise.

(Revue de médecine 1882. No. 3.)

Die akuten Herzaffektionen sind bei Greisen sehr selten. So häufig hier die Pneumonie ist, so sieht man Peri- und Endokarditis doch nur extrem selten sich mit ihr kompliciren. Die anderen akutfieberhaften Krankheiten, die zu komplicirenden Erkrankungen des Endo- und Perikards führen können, sind bei Greisen überhaupt nicht häufig, äußerst selten ist zumal der akute Gelenkrheumatismus. Verf. theilt 5 Fälle der letzteren Krankheit mit. Zwei derselben endeten in Genesung, vom 3. ist der Ausgang nicht mitgetheilt, im 4. und 5. erfolgte unter Decubitus und hochgradiger Prostration der Exitus.

Die serösen Häute waren nur in einem Fall (5) ergriffen, hier ergab die Autopsie außer der Gelenkaffektion fibrinöse Perikarditis.

Weiterhin theilt Verf. einen Fall mit, in welchem bei einer 81jährigen Frau, die am 11. Tage einer krupösen Pneumonie des linken Unterlappens erlegen war, die Sektion neben der Infiltration der Lunge eine frische fibrinöse Perikarditis ergab.

Relativ häufig sollen akute Herzaffektionen der Greise sich bei gleichzeitiger Nierenaffektion entwickeln, was Verf. durch Mittheilung von 6 Krankengeschichten zu erweisen versucht. Bei der Sektion fand sich am Cor in dem einen Falle akute fibrinöse Perikarditis, in den 5 andern frische verrucöse Endokarditis der Mitral- oder Aortenklappen. Die gleichzeitig vorgefundene Nierenaffektion bestand 3mal in Pyelonephritis, 1mal in Hydronephrose, 2mal allerdings bloß in stark ausgeprägten senilen Veränderungen der Nieren (Atrophie, Cysten). Einzelheiten der im Übrigen sehr differenten Fälle siehe im Original. Verf. vermuthet, dass diese Nierenaffektionen in ursächlichem Zusammenhang zur Herzerkrankung stehen.

Lüderitz (Berlin).

---

421. **Chvostek** (Wien). Interstitielle Leberentzündung. Hepatitis fibrosa. Cirrhose der Leber.

Wien, **Prätorius'** Verlag, 1882.

Während Virchow, Bamberger, Liebermeister etc., sich gegen die Einreihung der in ätiologischer, anatomischer und klinischer Beziehung von der gewöhnlichen Lebercirrhose abweichenden Bindegewebswucherungen in der Leber in das Gebiet der Lebercirrhose, so wie gegen die Auffassung derselben als besondere Formen der letzteren Erkrankung aussprachen, haben in neuester Zeit Franzosen und auch Engländer das Gegentheil aufgestellt. Nur die syphilitische Hepatitis wird allgemein von der Lebercirrhose getrennt. Zumeist werden heutigen Tages folgende Formen unterschieden.

I. Die gewöhnliche oder Laennec'sche Cirrhose, granulirte Induration oder Granularatrophie der Leber. Granulirte Leber. Annuläre oder multilobuläre Cirrhose (Charcot und Gombault).

a) Geschichtliches.

Den Alten war bereits bekannt, dass die Verhärtung der Leber als Ausgang einer Entzündung resultire; es wurden jedoch verschiedene Lebererkrankungen unter diesem Namen zusammengeworfen. Areteus, Vesul, Tulpius, Morgagni theilen Beispiele mit; Morgagni machte bereits darauf aufmerksam, wie die feineren Blutgefäße der Leber komprimirt werden und was daraus folgt. Laennec bezeichnete die Krankheit als Cirrhose, hielt jedoch die Granulationen für Neubildungen; Bouillard hielt die Granulationen für secernirende Lebersubstanz, welche in Folge der Erkrankung der Bindesubstanz deutlicher hervortrete und allmählich desorganisire. Erst Kiernan, Carswell und Hallmann stellten fest, dass die Leber-



cirrhose beruhe auf einer Wucherung und Induration des interlobulären Bindegewebes; letzterer zeigte außerdem die dabei vorkommende Degeneration der Leberzellen. Jetzt wird allgemein die chronische Entzündung des interstitiellen Bindegewebes als Ursache der Cirrhose angenommen.

b) Pathogenese und Ätiologie.

Der Process beruht auf einer ziemlich gleichmäßig verbreiteten entzündlichen Wucherung mit nachfolgender narbiger Schrumpfung des interlobulären Bindegewebes; das Leberparenchym wird komprimirt und geht theilweise zu Grunde; eben so werden die Gefäße und Gallengänge mehr oder weniger komprimirt. Die Bindegewebswucherung findet nicht in jedem Interstitium statt, sondern sie lässt kleinere oder größere Gruppen von Leberläppchen frei. Charcot, Gombault, Rindfleisch lassen die Bindegewebswucherung nicht von den Interlobularvenen ausgehen, sondern von den nächst größeren Pfortaderzweigen resp. um dieselben ihren Sitz haben; nach Brieger findet neben der Wucherung der Glisson'schen Scheide auch eine Bindegewebsentwicklung an der Vena hepatica statt.

Unter den ätiologischen Momenten ist das wichtigste der Missbrauch des Alkohol, namentlich Genuss des Branntweins, weniger des Weines und Bieres; nach Frerichs ist die Lebercirrhose in den Seestädten Norddeutschlands und Englands, wo sehr viel stärkere Spirituosen getrunken werden, häufiger als im Binnenlande. Der habituelle Gebrauch selbst mäßiger Quantitäten stark alkoholischer Getränke wirkt bei Weitem schädlicher als der nur zeitweise Gebrauch großer Mengen. Budd glaubt, dass auch andere, scharf reizende Ingesta (scharfe Gewürze), habituell im Übermaße gebraucht, Lebercirrhose erzeugen können.

c) Pathologische Anatomie.

Man unterscheidet gewöhnlieh zwei Stadien der Krankheit: Im ersten Stadium ist die Leber durch Wucherung des interstitiellen Bindegewebes vergrößert, bisweilen sogar beträchtlich; selten in dem linken Lappen mehr wie im rechten; die Konsistenz ist vermehrt, die Oberfläche meistens eben, die Ränder stumpf. Im zweiten Stadium ist die Leber durch Schrumpfung des Bindegewebes und konsekutive Atrophie des Leberparenchyms verkleinert, nicht selten auf die Hälfte der normalen Größe, ja selbst auf ein Viertel. Die Leberoberfläche erscheint höckrig, darunter Höcker bis zur Größe einer Walnuss, die anatomischen Verhältnisse sind bekannt. In 3 Fällen sah Ch. die Pfortader thrombosirt.

d) Allgemeines Krankheitsbild.

e) Symptome.

Die physikalischen Verhältnisse der Leber wird man selten im ersten Stadium der Erkrankung verwerthen können. Man findet um die Zeit die Leber beträchtlich vergrößert, in einem Falle von Liebermeister sogar bis über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse; Ch. fand einen Fall, wo die Leber bis zwei Querfinger breit unter-



halb der horizontalen Nabellinie reichte. Bisweilen gelingt es im ersten Stadium nicht die Vergrößerung nachzuweisen, in Folge von Meteorismus oder Ascites, welche die Leber nach aufwärts drängen.

Die langsam, aber stetig fortschreitende Verkleinerung der Leber ist nach Bamberger das wichtigste, ja pathognomonische Symptom; nur in sehr seltenen Fällen bei Verschließung der Gallenwege kommt dies noch vor; nach Ch. jedoch auch bei der chronischen Atrophie der Leber.

Den sichersten Aufschluss über die Verhältnisse der Leber erhält man unmittelbar nach der Paracentese des Abdomen. Schmerzen und Schmerzhaftigkeit der Lebergegend bestehen gewöhnlich nur im Anfang; späterhin nur, wenn eine Exacerbation der Perihepatitis stattfindet.

In Folge der Rückstauung des Blutes kommt es gewöhnlich zur Milzschwellung; es gesellen sich außerdem hinzu Ascites, Hydrops der unteren Extremitäten etc. Diarrhoe tritt gegen das letale Ende zu nicht selten auf, häufiger beruhend auf einem akuten Katarrh, als einer serösen Transsudation. Bisweilen wird die Stauung in den Gefäßen der Magen- und Darmschleimhaut so bedeutend, dass sie bersten, so dass es bis zum Bluterbrechen kommen kann; in einzelnen Fällen fanden tödliche Blutungen statt durch Berstung von Varicen der Venen des unteren Theiles des Ösophagus.

Die Ausbildung der Kollateralbahnen ist bekannt.

Ikterus kommt in der Mehrzahl der Fälle vor, in der Regel nur geringgradig. Fieber kommt nicht vor.

Die Harnmenge ist vermindert, stark ziegelmehlartig sedimentirt, relativ ärmer an Harnstoff und Chloriden. Das Nervensystem bietet meistens keine besonderen Erscheinungen dar; bisweilen das Bild der Cholämie.

f) Komplikationen.

Sie entspringen meistens derselben Ursache wie die Cirrhose, theils sind es Folgezustände der Cirrhose (sekundäre Peritonitis, Pleuritis, Perikarditis, Dysenterie), theils sind sie ganz unabhängig (Tuberkulose, Carcinom). Eine nicht seltene Komplikation ist der chronische Morbus Brightii; Cholelithiasis ist sehr selten.

g) Diagnose.

Sie lässt sich nach dem Gesagten stellen; im zweiten Stadium kann Verwechselung vorkommen mit Pylephlebitis adhaesiva, Kompression der Pfortader durch Tumoren, einer Form der Perihepatitis, den seltenen Fällen der einfachen Atrophie und einigen anderen Formen. Doch schützt in den meisten Fällen das ätiologische Moment.

h) Dauer.

In der Regel vergehen mehrere Monate bis 3 Jahre. Bamberger rechnet als mittlere Dauer 11 Monate; die längste Dauer betrug 3 Jahre, die kürzeste 7 Wochen.



i) Ausgang.

Im ersten Stadium ist Hoffnung vorhanden, im zweiten Stadium folgt ausnahmslos der Tod.

k) Therapie.

Im ersten Stadium kommen die Kranken selten in die ärztliche Behandlung. Hat man den Verdacht auf beginnende Cirrhose gefasst, so muss man den Genuss alkoholischer Getränke, der Gewürze und starken Kaffees untersagen und verfahren nach den Grundsätzen, wie sie bei der Hyperämie der Leber gelten.

Im zweiten Stadium lässt sich wohl nichts mehr erwarten, weil man schrumpfendes Bindegewebe an der Zusammenziehung nicht hindern und geschrumpftes nicht zur Aufsaugung bringen kann. Die Behandlung kann nur symptomatisch sein.

Die medikamentöse Behandlung des Ascites ist meistens erfolglos, sowohl die Diuretica, wie Diuphoretica sind zweifelhaft in ihrem Werth, die Drastica stören außerdem noch die Verdauung oder erregen gar schwer stillbare Durchfälle.

Den Ascites kann man beseitigen durch die Punktion; allein er kehrt sehr rasch wieder, neue Punktion wird erforderlich, so dass man nur dann sie vornehmen soll, wenn die Respiration sehr behindert ist. Murchison macht die Punktion schon bei mäßigem Ascites, weil dadurch die Ausbildung des Kollateralblutlaufes begünstigt würde und das Peritoneum nicht seine Resorptionsfähigkeit verliere; Kuessner erzielte gute Resultate nach dieser Methode.

II. Die Leberinduration.

Insuläre oder monolobuläre Cirrhose (Charcot und Gombault).

Bei dieser Form geht die Bindegewebswucherung von den feinsten Ramifikationen der Portalgefäße aus, jeder einzelne Acinus ist von seinem Nachbar durch verdicktes und schrumpfendes Bindegewebe getrennt und der Druckatrophie preisgegeben. Die einzelnen Granula sind in Folge dessen kleiner als die bei der wirklichen Cirrhose. Abgesehen von der atrophischen Muskatnussleber (cyanotischen Atrophie und Induration der Leber) führt Ch. folgende Formen an:

a) Die einfache Induration. Ist der Process weit vorgeschritten, so findet man nach Frerichs das Leberparenchym vollständig an mehr oder weniger großen Strecken in eine harte, trockene Bindegewebsmasse umgewandelt, während an anderen Stellen noch braune, gleichmäßig vertheilte Pünktchen die Überreste der Leberzellen andeuten. Klinisch ist der Process nicht von der wirklichen Cirrhose zu unterscheiden.

b) Die Induration bei Neubildungen der Leber; sie ist wahrscheinlich bedingt durch den andauernden Reiz der Neoplasmen und daher am deutlichsten in deren Nähe.

c) Die Induration in Folge von Krankheiten der Gallenwege. Die innerhalb der Lebergallengänge befindlichen Gallensteine können zur Induration Veranlassung geben. In neuerer Zeit nehmen viele



Autoren, gestützt theils auf klinische Erfahrungen, theils auf Experimente (Unterbindung des Ductus choledochus) an, dass es auch in Folge länger dauernder Stauung der Galle zu einer Bindegewebswucherung kommen kann.

d) Hypertrophische Cirrhose, hypertrophische oder allgemeine Sklerose der Leber, Cirrhose hypertrophique avec ictère (Hanot). Gegen diese von französischen Autoren aufgestellte Form sprechen sich entschieden Birch-Hirschfeld, Kuessner aus.

e) Interstitielle malarische Hepatitis. Klinisch ist diese Erkrankung charakterisirt durch eine beträchtliche Hypertrophie der Leber und Milz, chronischen Ikterus, ohne Anwesenheit von Ascites und ohne Erweiterung der Bauchvenen. Der Verlauf ist sehr langsam.

Ch. theilt überall mit, was er bei seinen 24 zur Obduktion gekommenen Fällen von Cirrhose vorfand; 9 Fälle werden in extenso veröffentlicht.

Prior (Bonn).

---

422. **Drasche.** Seltsame Wanderungen der Spulwürmer.

(Wiener med. Presse 1882. No. 41 u. 43.)

Eine 26jährige Handarbeiterin erkrankte 14 Tage vor ihrem Spitaleintritt in Folge Genusses verdorbener Fleischwaaren mit Appetitlosigkeit und Schmerzen in der Regio epigastrica. Ein Arzt verordnete sofort ein Brechmittel, auf das heftiges Erbrechen erfolgte.

Am anderen Tage Schmerzen in der Lebergegend, Gelbfärbung der Haut; nach weiteren 8 Tagen Schüttelfröste. Bei der Aufnahme ins Spital zeigte sich mäßiger Ikterus, geringes Fieber, Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der Leber, Vergrößerung der Milz, Gallenfarbstoff- und Eiweißgehalt des Urins. Das Fieber wurde bald stärker, die Kräfte verfielen, es bildeten sich Blutextravasate unter der Bauchhaut, der Umfang von Leber und Milz nahm zu, auf der Oberfläche der Leber bildeten sich fluktuirende Prominenzen, es stellten sich noch öfters Schüttelfröste ein, der Ikterus nahm immer mehr zu, Pat. wurde apathisch, somnolent und starb nach längerer Agone.

Die Diagnose war auf Hepatitis suppurativa gestellt worden, jedoch eine Ursache für diese Erkrankungsform während des Lebens nicht aufzufinden.

Bei der Obduktion fand sich die Leber über das Doppelte vergrößert, an der Oberfläche mit zahlreichen, gallig-grünlich gefärbten fluktuirenden Prominenzen besetzt, die sich auf dem Durchschnitt als Eiterherde dokumentirten. Im fingerweiten Ductus choledochus fand sich neben einem bohnengroßen rundlichen Stein ein etwa 15 cm langes Stück eines kollabirten, gallig imbibirten, missfarbigen Spulwurms, der auch in den kleinfingerdick erweiterten Ductus cysticus hineinragte; dieser war durch zwei kaffeebohnengroße Gallensteine zum größten Theile verschlossen und das Ende des Spulwurms zwischen diese beiden gelagert. Gallenblase haselnussgroß, mit farbloser Flüssigkeit gefüllt.



Verf. nimmt an, dass der Spulwurm in lebendem Zustande an Ort und Stelle d. h. in die durch die Gallensteine schon erweiterten großen Gallenwege gelangt ist und wahrscheinlich zwischen die beiden durch die gewaltsame Erschütterung beim Brechakte aus der Gallenblase getriebenen Gallensteine gerieth und durch deren Druck ein jähes Ende fand. Die hierdurch entstandene Einklemmung der Gallensteine gab zu der eitrigen Entzündung der großen Gallenwege Anlass, die sich auch auf die Gallenwege der Leber erstreckte. Septische Stoffe wurden wohl durch die Nekrotisirung des Spulwurms aufgenommen.

Fall II: Ein 23jähriger Student wird am 26. Oktober aufgenommen. 14 Tage vorher Beginn der Erkrankung unter heftigen Magenschmerzen und Fiebererscheinungen.

Pat. bei der Aufnahme sehr abgemagert, erdfahles Aussehen, Unterleib aufgetrieben, Magen sehr schmerzhaft. Zeitweilig heftige Schmerzanfälle, so dass vorübergehender Collaps erfolgt. Der Schmerz hatte seinen Sitz in der Magengrube und strahlte jedes Mal gegen die Rippenbogen aus. Fieber nur zeitweilig und dann gering.

Subkutane Morphiuminjektionen milderten etwas die Beschwerden. Anfangs November Diarrhoen, Übelkeit, Erbrechen. Später wieder Besserung des Allgemeinbefindens.

Anfangs December wieder häufigeres Erbrechen, Diarrhoen, starke Schmerzen, so dass Narcotica keinen Einfluss mehr hatten, stärkere Auftreibung des Leibes, hochgradige Abmagerung.

17. December trat im höchsten Grade der Anämie und Abmagerung der Tod ein. Während des Lebens war die Diagnose auf Ulcus ventriculi gestellt worden.

Die Sektion ergab: theilweise Verklebung der Baucheingeweide durch fibrinöse Gerinnsel. Im linken Leberlappen ein hühnereigroßer Abscess. Der Magen stark ausgedehnt, seine hintere Wand mit dem Pankreas fest verwachsen und an zwei Stellen von stecknadelkopfgroßen Öffnungen perforirt, aus welchen dünner Eiter kam und welche in das Pankreas führen. In der hinteren Wand des Duodenums zwei Perforationsöffnungen, welche in eine Art Fistelgänge ins Pankreas führen. P a n k r e a s groß, das peripankreatische Bindegewebe sklerosirt. In der Substanz der Drüse mehrere bohnengroße Abscesse, welche theilweise durch sinuöse Gänge mit einander kommuniciren und von welchen ebenfalls Abzweigungen in die Perforationen des Magens und Duodenums führen.

Die M i l z v e n e in ihrem Endstücke von einem in die Pfortader konisch hineinragenden Thrombus röthlich gelber Farbe obturirt in der Länge von etwa 3 cm. Vor dieser Thrombose war die Vene in einen der größeren pankreatischen Abscesse perforirt mit fetzigem Zerfall ihrer vorderen Wand in einer Ausdehnung von etwa 5 mm. Im übrigen Stücke der Milzvene befand sich, dieselbe völlig verschließend, ein 18 cm langes Männchen von Ascaris lumbricoides, dessen hintere Hälfte in dem pankreatischen Abscesse und einem von



diesem gegen das Duodenum sich abzweigenden sinuösen Gange steckt. Milz normal groß, zäh, blassroth.

Als primäre Erkrankung wird eine suppurative Pankreatitis angenommen.

Der Durchbruch eines und desselben Pankreasabscesses ins Duodenum und die Milzvene machte es möglich, dass ein im Duodenum wohnender Ascaris gegen die Milz vordringen konnte. Dass dies während des Lebens geschehen, zeigte der in der Milzvene vorhandene Thrombus. **Seifert** (Würzburg).

---

423. **Engel.** The prodromic stages of diffused kidney affections. Die Prodromalstadien diffuser Nierenerkrankungen.

(The med. record Bd. XXII. No. 15.)

E. machte an einem jungen, sonst gesunden Mann die Beobachtung, dass bei demselben regelmäßig nach einer überreichen Mahlzeit, wenn dieselbe zu vorübergehender Indigestion Veranlassung gab, neben vermehrter Harnstoffmenge Eiweiß im Urin erschien. Dies veranlasste ihn, an sich und Anderen Versuche anzustellen, welche ergaben, dass zuweilen nach der Einfuhr größerer, besonders stickstoffreicher Nahrungsmengen, der Urin Spuren von Eiweiß enthielt; jedes Mal war dabei die Verdauung mehr oder weniger gestört. Auch nach dem Genuss sehr alkoholreicher Getränke und größerer Quantitäten Bier fand er den Urin nicht selten eiweißhaltig. Bei einigen dieser Versuchspersonen konnte er später Cylinder im Harn und leichte Cirkulationsstörungen (verstärkten Herzstoß und stark accentuirten zweiten Aortenton) nachweisen. Ein Fall endete in diesem Stadium letal in Folge eines Sturzes; die Autopsie ergab in beiden Nieren beginnende interstitielle Entzündung, die Anfangsstadien der Endarteritis in der Aorta ascendens und Hypertrophie der Muscularis der kleineren Arterien. E. glaubt, dass ein zu hoher Gehalt des Blutes an Harnstoff reizend auf die Nieren und das Gefäßendothel einwirke, indirekt die Arbeit des Herzens vergrößert und Kongestionen zu den Nieren herbeiführt. »Besteht ein solches Übermaß von Harnstoff im Blut, so hat das Herz so gut wie die Aorta größere Arbeit zu leisten, um das Blut möglichst schnell durch die Nieren zu treiben, und so das Blut und den Organismus von den schädlichen Stoffen zu befreien.« Ferner erinnert E. an die Experimente von C. Peyrani über die Vermehrung der Harnmenge und des ausgeschiedenen Harnstoffs nach elektrischer, besonders faradischer Reizung des Sympathicus. Er glaubt, dass die nach einer zu reichlichen Mahlzeit eintretende Überfüllung des Magens und die derselben folgenden Verdauungsstörungen in ähnlicher Weise reizend auf die in der Magenwand verlaufenden Verzweigungen des Sympathicus einwirken. Eine Stütze für diese Ansicht findet er in dem Umstande, dass bei seinen Versuchen die Symptome gestörter Verdauung immer gleichzeitig mit dem Auftreten von Eiweiß im Urin erschienen, resp.



denselben vorhergingen. E. glaubt daher, dass, wenn die erwähnten Schädlichkeiten öfter einwirken, sie allmählich zu ernsten Erkrankungen der Nieren und der Cirkulationsorgane führen können, zumal bei schwächlichen Individuen oder bei solchen, die zu derartigen Affektionen disponiren. Dies war z. B. bei zwei aus derselben Familie stammenden Kranken E.'s der Fall, in deren Verwandtschaft Nierenerkrankungen öfter vorgekommen waren.

E. stellt auf Grund seiner Beobachtungen folgende Sätze auf:

1) Bei einer vollkommen gesunden Person ist das Auftreten von Eiweiß im Urin ein äußerst seltenes Vorkommnis und wird nur beobachtet unter Umständen, welche an sich die zeitweilige Gesundheit des Individuums beeinflussen, d. h. zu der Zeit, wo Eiweiß im Urin auftritt, ist die betreffende Person nicht vollkommen gesund.

2) Zeigt sich bei einer anscheinend gesunden Person ohne andere Krankheitssymptome öfters Eiweiß im Urin, so deutet diese Thatsache allein an, dass dieselbe in Gefahr ist, früher oder später einer diffusen Nierenerkrankung zum Opfer zu fallen.

3) Eine Person, in deren Familie Nierenerkrankungen erblich zu sein scheinen, und die anscheinend ganz gesund ist, aber zuweilen, wenn auch nur geringe Spuren von Eiweiß im Urin zeigt, wird sicher von derselben Nierenerkrankung befallen, wenn nicht ärztliche Geschicklichkeit im Stande ist, dieselbe zu verhüten.

4) Wenn eine anscheinend gesunde Person, deren Urin zeitweise Eiweiß enthält, an dyspeptischen Symptomen leidet und einen stark accentuirten zweiten Aortenton zeigt, so ist dieselbe schon im ersten oder Prodromalstadium einer diffusen Nierenaffektion, deren Charakter abhängt von individuellen Bedingungen.

E. giebt den Rath, niemals bei einer Krankenuntersuchung den Urin zu vernachlässigen, besonders bei Personen, in deren Familie die Bright'sche Krankheit schon vorgekommen ist. Finden sich zeitweilig Spuren von Eiweiß, so ist einer solchen Person strenge Diät vorzuschreiben und dieselbe vor schädigenden Witterungseinflüssen, besonders vor Kälte zu schützen. Kongestivzustände der Nieren sind sofort zu bekämpfen; Mittel, welche durch die Nieren auszuscheidende Salze enthalten, sind zu vermeiden, als Diuretica Pilokarpin und Digitalis, als Adstringens das Albuminat der Gerbsäure zu empfehlen. Nach den Untersuchungen von Baumann und Preusse erscheint nach der Darreichung von Benzylbromid (C_6H_4Br) dasselbe nur theilweise in seinen Oxydationsprodukten im Harn wieder, der andere Theil in Verbindung mit schwefel- und stickstoffhaltigen Körpern, intermediären Produkten der regressiven Metamorphose. E. hat dies Mittel in Dosen von 0,6 g 4stündlich angewandt. In einem Falle, in dem schon Cylinder im Harn nachweisbar waren, verschwanden dieselben, so wie das Eiweiß nach Darreichung des Mittels, in einer Reihe anderer Fälle trat deutliche Verminderung der Cylinder und des Eiweißes auf. E. empfiehlt daher weitere Versuche mit diesem Mittel.

Brockhaus (Godesberg).



424. **James T. R. Davison** (Liverpool). The Carotid pulse in Aortic incompetence.

(The british medical journal 1882. Oktober 14.)

D. fand, bei Vergleichung des beiderseitigen Karotidenpulses in Fällen von Aorteninsufficienz, in einer Reihe von 10 Beobachtungen 6mal größere Stärke der Pulsationen rechts (A), 2mal Gleichheit der Pulsationen beiderseits (B), 2mal stärkere Pulsation links (C), ohne dass jemals Ungleichheiten des Radialpulses zu konstatiren waren. Er bringt diese Erscheinung in Zusammenhang mit der relativen Größe des Herzens, das er in Gruppe A verhältnismäßig klein, in Gruppe B groß, und in Gruppe C ganz besonders stark vergrößert fand. Der normalen Steigerung des Blutdrucks in Aorta und Karotiden durch die Ventrikularsystole geht in Fällen von Aorteninsufficienz in Folge der Regurgitation des Blutes eine sehr starke Entleerung dieser Gefäße vorher, in Folge deren ihre Wandungen kollabiren, und zwar ganz besonders die der rechtseitigen Karotis, deren Achse direkt auf das Aortenostium gerichtet ist. Bei der Systole geht nun die Blutwelle direkt zur rechten Karotis, daher der stärkere Karotidenpuls auf dieser Seite, der um so mehr auffällt, weil die rechtseitige Karotis während der Diastole später kollabirt (Gruppe A). Für Gruppe B und C muss man dann annehmen, dass das Herz durch seine Schwere die aufsteigende Aorta herabzieht, und so durch Lageveränderung die Bedingungen für beide Karotiden, entweder gleich macht (B), oder gar zu Gunsten der linken (C) verändert.

Jedenfalls ist das Faktum einerseits zur Unterstützung der Diagnose auf Aorteninsufficienz, noch mehr aber als mögliche Ursache einer Täuschung bei Verdacht auf Aortenaneurysma von Wichtigkeit.

Freudenberg (Berlin).

---

425. **Quinquaud.** Action de l'arsenic sur la diabète artificiel et sur le diabète spontané.

(Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale 1882. September 30.)

Die unsicheren und einander widerstreitenden Erfahrungen über den Erfolg der Arsenikkuren bei Diabetes waren für den französischen Autor Ursache, eine Anzahl experimenteller Untersuchungen anzustellen und daran eine genaue Prüfung des Arseniks am Krankenbett zu schließen. Die Wirkung war stets die gleiche. Immer wurde die Zuckerausscheidung vermindert, ja man konnte sie bei Hunden, denen man den Zuckerstich gemacht hatte, bis auf 0 herabdrücken, wenn man dieselben mit vergiftenden Dosen behandelte. (Genau die gleichen Beobachtungen sind von Saikowsky [vgl. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1865] am Kaninchen schon vor einer Reihe von Jahren gemacht worden. Ref.) Dabei ergab sich dann das merkwürdige Verhältnis, dass die Herabsetzung der Zuckerausscheidung gleichen Schritt hält mit der durch das Gift gesetzten fettigen De-



generation der Leber, und dass auch andere Substanzen, welche Verfettung der Organe hervorrufen (Phosphor) die Zuckerausscheidung verringern. Das ist natürlich ein nicht unwichtiger Hinweis dafür, dass man mit der Darreichung des Arseniks am Krankenbett vorsichtigumg eht (10—20 Tropfen Sol. Fowleri pro die) und es von Zeit zu Zeit aussetzt. Aus den Versuchsprotokollen und den Krankengeschichten entnehmen wir folgende Einzelheiten: Ein unvergifteter Hund schied nach dem Zuckerstich 10,909 g Zucker innerhalb 24 Stunden aus, ein anderer von gleichem Gewicht, dem man vorher Arsenik bis zu starker, fettiger Degeneration der Leber und der Nieren gegeben, hatte ceteris paribus nur 0,175 g. War die fettige Degeneration der Organe schwächer, so stieg auch wieder der Zuckergehalt des Urines. Dasselbe Verhältnis hatte Statt in dem Zuckergehalt der Leber, der nach einwurfsfreier Methode festgestellt wurde.

An 3 Fällen schwerer, fortgeschrittener Erkrankung an Diabetes konstatirte der Verf. ferner, dass mit der innerlichen Darreichung von Sol. Fowl. der Zucker im Urin an Menge abnahm (von 300 g auf 134 g in 36 Tagen), gleichzeitig die Urinmenge sich verminderte (von 4 auf 2 Liter) und auch jedoch inkonstant die Harnstoffausscheidung herabging (von 48 auf 13,74 g). Hört man wegen des Eintritts von Arsenikvergiftungssymptomen mit der Medikation auf, so steigern sich auch sofort wieder die Symptome der Krankheit.

Karewski (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

426. **Sabourin.** Fièvre typhoide. Ictère grave. Mort. Atrophie jaune aigue du foie.

(Revue de méd. 1882. No. 7. Juli 10.)

S. berichtet über einen interessanten Fall, in welchem im Verlaufe eines Abdominaltyphus eine akute gelbe Leberatrophie sich entwickelte. Außer den gewöhnlichen Veränderungen des Typhus fanden sich bei der Sektion kleine Hämorrhagien der Magenschleimhaut und der Pleuren. Leber verkleinert (Gewicht 1100 g), schlaff, von ockergelber Farbe mit einem Stich ins Grünliche, auf dem Durchschnitt weich, bröcklich, teigig, hier und da kleine Blutextravasate. Mikroskopische Untersuchung der Leber ergiebt Anämie der Kapillaren, fettige Degeneration der Leberzellen, welche bald als Körnchenkugeln, bald als Fettbläschen imponirten, damit abwechselnd resp. vereint: körnigen Zerfall, stellenweise trat die Degeneration auch in Form kleiner Herde mit einem käsigen Centrum auf; kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, besonders auch um die Gallengänge herum. Nieren etwas schlaff, von normaler Größe, zeigten leichte albuminöse Trübung der Epithelien der Tubuli contorti und recti, hier und da leichte kleinzellige Infiltration um die Glomeruli und die kleinen Arterien; an ein oder zwei Stellen fanden sich in dem vergrößerten Lumen der Tubuli contorti hyaline Cylinder und desquamirte Epithelien.

Freudenberg (Berlin).



427. **Pineau.** Un cas de fièvre mélanurique.

(L'union méd. 1882. No. 123.)

Der Fall betrifft einen jungen Mann von 17 Jahren, der seit seinem vierten Lebensjahre nach Aussage der Eltern an periodischen, heftigen Schmerzen in der Milzgegend gelitten hatte; dieselben dauerten mehrere Stunden und wurde der Anfall jedes Mal durch Erbrechen blutiger Massen in verschiedener Quantität beendigt. Der Wohnort des Pat. zeichnete sich durch Häufigkeit von Malaria-Erkrankungen aus. Die vorliegende Krankheit begann mit Abgeschlagenheit, Fieber und gallig-schleimigem Erbrechen. Stechende Schmerzen, ausstrahlend vom linken Schulterblatt in die Milzgegend; Milzdämpfung erheblich vergrößert. Husten mit geringem, weißlichen Auswurf. Ergebnisse der physikalischen Untersuchung der Brustorgane negativ. Im Laufe des zweiten Krankheitstages entleerte der Kranke ca. 3 Liter eines anscheinend stark bluthaltigen Urins; derselbe hatte in den oberen Schichten hellrothe, in den unteren theerartige Färbung. Leichte ikterische Färbung der Haut, Zunge belegt. Die Schmerzen verbreiteten sich im Laufe der nächsten Tage bis in die Nierengegend.

Die Therapie bestand hauptsächlich in der Darreichung von Chinin. Nach einigen Tagen Besserung des Allgemeinbefindens bei Fortbestand des Fiebers und der abnormen Färbung des Urins; letzterer schien einmal aus reinem Blut zu bestehen. Das Fieber ließ erst nach weiteren 8 Tagen nach und wurde gleichzeitig der Urin normal. Die Rekonvalescenz nahm, da der Kranke sehr anämisch geworden war, lange Zeit in Anspruch. Die mikroskopische Untersuchung des Harns hatte ergeben: keine Epithelzellen, keine Cylinder, auch keine rothen Blutkörperchen, dagegen eine große Menge sehr kleiner, runder, embryonalen Zellen ähnlicher Körperchen, die als Mikrokokken imponirten.

Verf. stellte diesen Fall den in den Tropen häufig beobachteten melanurischen Fiebern an die Seite, glaubt, dass Malaria-Infektion mit im Spiele war, obwohl prägnante Symptome derselben fehlten und nimmt an, dass die abnorme Färbung des Urins durch aufgelösten Blutfarbstoff entstanden ist.

Brockhaus (Godesberg).

428. **Ferrand.** De la chylurie.

(L'union méd. 1882. No. 141.)

Ein 16jähriger Neger, der seit seinem 10. Lebensjahre in Paris gelebt und sich abgesehen von periodischen Kopfschmerzen immer wohl gefühlt hatte, erkrankte an heftigen, kolikartigen Schmerzen mit blutigen Diarrhoen. Gleichzeitig nahm der Urin, ohne dass irgend welche Symptome eines Nieren- oder Blasenleidens vorhergegangen wären, eine abnorme Beschaffenheit an: der in den letzten Stunden der Nacht gelassene Harn war bluthaltig und sah im Übrigen aus wie schmutzige Milch. Am Boden des Gefäßes fanden sich Coagula von verschiedener Größe und Menge. Gegen Morgen verringerte sich der Gehalt an Blut und Gerinnseln allmählich und Nachmittags war auch die milchige Beschaffenheit fast ganz verschwunden, so dass der Harn, abgesehen von leichter Trübung, normal erschien. Seine Quantität war vermehrt. Die mikroskopische Untersuchung ergab: eine große Anzahl mehr oder weniger veränderter rother Blutkörperchen, zahlreiche weiße Körperchen, feinste Fettkörnchen und vereinzelte Exemplare von Filaria.

Bei der chemischen Analyse fanden sich in 1000 g Harn 11,09 g Harnstoff, 20,65 Albumen, 8,27 Fett, 0,38 freies Fibrin, 9,02 anorganische Salze und 6,80 verschiedene Stoffe, kein Zucker. Im Übrigen ergab die Untersuchung des Pat., abgesehen von einem leichten systolischen Blasen an der Herzbasis nichts Abnormes; es fand sich keine Elephantiasis, keine Veränderungen am Scrotum, die auf Ektasie von Lymphgefäßen hätte bezogen werden können. In der rechten Leiste fast eine haselnussgroße, weiche, spontan und gegen Druck schmerzlose Geschwulst, welche in Anbetracht ihrer Konsistenz wohl als lymphatischer Varix angesehen werden konnte. Bei der Untersuchung des Blutes wurde Anfangs die Filaria nicht gefunden und nur Verminderung der rothen Körperchen nachgewiesen; später gelang es, die Gegenwart von Filaria im Blut während der Nacht zu konstatiren.



Der Zustand des Pat. blieb $4^1/_2$ Monate hindurch derselbe; trotz der kontinuirlichen Blut- und Fettverluste durch den Harn war die Anämie nur gering. Dann trat Besserung ein, von ungefähr eben so langer Dauer, um wieder einem neuen, aber kürzeren Anfall Platz zu machen. **Brockhaus** (Godesberg).

429. **North.** Case of cystic tumor of liver caused by impacted gallstones in common bileduct. Cystischer Tumor der Leber verursacht durch in den Ductus choledochus eingekeilten Gallensteine.

(The med. record. 1882. Bd. XXII. No. 13.)

Ein 45jähriger Mann litt seit 7 Jahren häufig an Anfällen von Ikterus, Erbrechen, Schmerz und Empfindlichkeit des rechten Leberlappens, mäßigem Fieber. Bei seiner Aufnahme ins Hospital bestanden ähnliche, durch einen Schüttelfrost eingeleitete Symptome. Starker Ikterus, lehmfarbene Stühle, Urin enthielt massenhaft Gallenfarbstoff, kein Albumen aber viele hyaline und granulirte Cylinder. Der rasche Kräfteverfall und das ganze Aussehen des Kranken ließen an Leberkrebs denken. Nach vorübergehender Besserung, während welcher die ikterische Färbung eine Woche hindurch fast vollständig verschwand, erneute Verschlimmerung. Jetzt ließ sich über dem Magen ein die vier unteren linken Rippen vorwölbender, fluktuirender, auf Druck nicht schmerzhafter Tumor nachweisen. Dieser Tumor wuchs rasch und da sich Anzeichen von Collaps einstellten, wurden durch die Punktion ca. $2^1/_2$ Liter einer kaffeefarbigen Flüssigkeit entleert. Nach der Operation große Erleichterung des Kranken, aber nur für kurze Zeit; dann erneuter Collaps und nach zwei Tagen Exitus. Seit der Operation hatte der Kranke kaum Urin gelassen; auch durch den Katheter konnte nichts entleert werden.

Die Autopsie ergab: Gallige Verfärbung des Netzes und Peritoneums. Darmschlingen vielfach verwachsen. Leber fettig entartet. Auf dem linken Lappen und fest mit ihm verwachsen eine mannskopfgroße unilokuläre Cyste, die ca. $^1/_2$ Liter Flüssigkeit, ähnlich der durch die Punktion entleerten, enthielt. Die Wand der Cyste war von der Dicke einer normalen Magenwand und auf ihrer inneren Oberfläche besetzt mit kleinen granulationsähnlichen Wucherungen. Die Cyste zeigte leicht trennbare Verwachsungen mit dem Diaphragma, der hinteren Magenwand und der Milz; ihr Ausgangspunkt war schwer nachzuweisen, doch wies die feste Adhärenz an den linken Leberlappen auf diesen als den Ursprung hin. Der Inhalt der Cyste hatte das specifische Gewicht 1015, enthielt viel Eiweiß, Galle, Gallensalze- und Farbstoff. Keine Spur von Echinokokken. In der Gallenblase fand sich ein Stein von 1 Zoll Länge und $^1/_2$ Zoll Durchmesser, ein zweiter, etwas kleinerer Stein saß im Ductus choledochus und konnte mit Leichtigkeit nach rückwärts aber nicht nach vorwärts bewegt werden. Die linke Niere zeigte keine makroskopischen Veränderungen; in der rechten eine Anzahl kleiner, über stecknadelkopfgroßer Cysten.

In der Epikrise nimmt N. als Todesursache Erschöpfung nach der Punktion und Suppressio urinae an; einen Grund für letztere ist er zu finden nicht im Stande. Er zweifelt nicht, dass die Cyste in ursächlichem Zusammenhang mit dem in den Gallengang eingekeilten Stein und der Gallenretention steht. Der vorliegende Fall bestätigt die Ansicht Nothnagel's, dass bei Gelbsucht höheren Grades und längerer Dauer, einerlei aus welcher Ursache dieselbe entstanden ist, Cylinder im Harn erscheinen, zuweilen ohne Eiweiß. In N.'s Fall hatte die wiederholte Urinuntersuchung im Verlauf der letzten Krankheit stets die Gegenwart zahlreicher Cylinder ergeben, während bei den früheren Anfällen der Harn frei davon gewesen war. **Brockhaus** (Godesberg).

Litterarische Neuigkeiten.

Alagna, Cagliari.

Angius Tendas, La Sardegna e le sue febbri telluriche. 8°. 3 *£*.

Zoppelli, Treviso.

Chiaruttini, E., Il salasso in rapporto alla nuova medicina. 8°. 3 *£*.

Baillière, London.

Hill, J. W., Principles and practive of bovine medicine and surgery. 8°. 36 sh.

Lewis, London.

Bennet, A. H., A practical treatise on electro-diagnosis in diseases of the nervous system. 8°. 8 sh. 6 d.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 31. **Sonnabend, den 18. November.** **1882.**

Experimentelle Studien über Schlangengift.

Von

Cand. med. **Theodor Aron.**

(Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Bonn.)

Von einem englisch-indischen Militärarzte, dem Herrn Dr. C. R. Francis, bekam Herr Prof. Binz ungefähr 1 g eingetrocknetes Gift der Brillenschlange (Naja tripudians) geschenkt. Mir wurde der Auftrag, dieses Gift an Thieren zu versuchen und die Gegengifte zu prüfen, welche Aussicht auf erfolgreiche Bekämpfung des Schlangengiftes zuließen.

Meine Versuche, obschon mit dem Gifte eines Thieres angestellt, welches bei uns höchstens in zoologischen Gärten vorkommt, haben doch in so fern vielleicht Interesse für die deutsche klinische Medicin,



als sie in Beziehung gebracht werden können zu den Thiergiften. welche auf unserem Boden wachsen. Ich denke dabei besonders an das Gift von Vipera berus und an das von tollwüthigen Hunden.

Die Prüfung des mir zu Gebote stehenden Schlangengiftes — eines chemisch anscheinend indifferenten Eiweißkörpers — an Thieren ergab Folgendes:

3 mg des getrockneten Giftes in 0,3 ccm Wasser gelöst und einem wohlgenährten Kaninchen von 1—1½ kg unter die Haut gebracht, tödteten das Thier regelmäßig in 1—1½ Stunden. Der Verlauf war so, dass zuerst Trägheit und Schlaf sich einstellte. Nun folgte sehr rasch Lähmung des respiratorischen Centrums, und zwar rascher als Lähmung des Rückenmarks. In Folge dessen verendete das Thier unter Betäubung und Erstickungskrämpfen. Dieser Verlauf entspricht dem, was man leider in unzähligen Fällen schon beim Menschen beobachtet hat.

Das Herz wird von dem Gifte ebenfalls etwas ergriffen, aber doch bedeutend geringer, als die genannten Theile des Nervensystems, denn lange Zeit nach der Vergiftung sieht man die Vorhöfe noch pulsiren und eine kurze Zeit noch sind die Ventrikel reizbar.

Die peripheren motorischen Nerven, die quergestreifte und glatte Muskulatur erleiden keine erkennbare Veränderung. Direkte vasomotorische Affektionen wurden ebenfalls nicht beobachtet.

Das Gift von Naja tripudians ähnelt also am meisten in seiner Wirkung unter den gebräuchlichen Giften dem Morphin, unterscheidet sich aber wesentlich dadurch von ihm, dass es ungleich rascher wie dieses das respiratorische Centrum zur Lähmung bringt, und auch allgemein viel intensiver ist.

Interessant und charakteristisch für die Energie des Giftes ist noch die von mir gemachte Beobachtung, dass eine Lösung des Giftes, welche durch Aufbewahrung im Zimmer faulig geworden war, an ihrer Wirkung kaum eine Einbuße erlitten hatte. Der Tod trat bei der gewöhnlichen Gabe von 3 mg etwas später, aber in der nämlichen Weise ein, wie wenn ich eine frisch bereitete geruchlose Lösung verwendet hätte.

Die Prüfung der Gegengifte erfolgte so, dass stets zwei vollkommen gleichgeartete Kaninchen vom selben Wurf zur Verwendung kamen. Beide erhielten die gleiche tödliche Dosis von Gift, das etwas leichtere meist das Gegengift. Es wurden innerlich geprüft:

Der Weingeist, ein gegen den Schlangenbiss viel gepriesenes Mittel. Mit Wasser verdünnt dem einen Thiere vor und bei Beginn der Vergiftungssymptome subkutan eingespritzt, erzielte er keinmal eine Rettung. Nur ging das behandelte Thier etwas später zu Grunde, wie es scheint, weil der Weingeist die Herzthätigkeit etwas länger aufrecht hielt.

Coffeïn und Atropin, zwei Alkaloide, welche nach den Ver-

suchen aus diesem Laboratorium [1] bei anderen narkotischen Vergiftungen mächtig erregend auf das Herz und die Athmung einwirken und dadurch lebensrettend werden können, leisteten gegen das Schlangengift so gut wie nichts.

Äußerlich zur Zerstörung des Giftes in der Wunde wurde zuerst geprüft das von Lacerda so warm empfohlene Kaliumpermanganat. Die Originalpublikation [2] lag mir vor, und danach wurde genau verfahren. In 13 Versuchen gelang es nur 6mal das Gift in der Wunde so abzuschwächen, dass das Thier am Leben blieb. Wenn mein Ergebnis demgemäß schlechter ist als das von Lacerda, so kann das möglicherweise darauf beruhen, dass er das Gift einer anderen Schlange, das von Crotalus horridus (Klapperschlange), zu seinen Versuchen benutzte.

Besseren Erfolg sah ich von einer filtrirten Lösung des Chlorkalks. Ich wandte ihn in der nämlichen Stärke und in der nämlichen Weise wie das Kaliumpermanganat an und erhielt dadurch 17mal nach einander das behandelte Thier am Leben. Die Thiere zeigten dabei nicht den geringsten Anflug von der Giftwirkung oder von einer schädlichen Wirkung der unterchlorigen Säure und fraßen mehrfach das vorgehaltene Futter, während das andere Thier betäubt und in Krämpfen daneben lag.

Aber auch beim Chlorkalk habe ich fünf Misserfolge zu verzeichnen. Die Ursachen davon waren entweder eine im Verhältnis zum angewendeten Gifte zu geringe Menge von Chlorkalk oder die Benutzung von Thieren, die kurz vorher schon zu den Experimenten gedient hatten. In jenen 17 Versuchen vermied ich diese störenden Einflüsse.

Eine weitere Prüfung, ob eine Bekämpfung des Giftes innerlich durch Strychnin oder Brucin stattfinden könne (wie beim Chloral behauptet), oder ob die Zerstörung des Giftes in der Wunde noch besser durch eine andere Chlorverbindung, oder überhaupt durch andere chemische Einflüsse erreicht werden könne, musste leider unterbleiben, weil das Gift in meinen 60 Versuchen fast aufgebraucht war. [Die leichte Neutralisation des furchtbar wirkenden Giftes der Brillenschlange in der Wunde ließ mir in Verbindung mit bereits bekannten Thatsachen folgendes Verfahren bei so vergifteten Wunden am Menschen als das bis jetzt wahrscheinlich zweckmäßigste erscheinen: Unmittelbar nach dem Biss Abschnüren des gebissenen Theiles, Aussaugen mit dem Munde oder mit dem Schröpfkopfe und tiefe Injektion einer 2%igen Lösung eines unterchlorigsauren Salzes rings um die Wunde herum. Gleichzeitig wären innerlich Excitantien zu reichen, unter denen, nach dem kleinen Stückchen Erfolg von dem

[1] Heubach, Antagonismus zwischen Morphin und Atropin. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. VIII, p. 31.

Binz, Zur Kenntnis der Kaffeebestandtheile, eben dort, Bd. IX, p. 31.

[2] Museu nacional. 21. Juli. Rio de Janeiro, 1881.



Weingeist und nach der in Indien gemachten Erfahrung mit Brandy zu urtheilen, mäßige Quantitäten eines bouquettreichen Weines obenan stehen dürften.

Die Einzelheiten meiner Versuche werde ich unter Besprechung derer, die in der Litteratur schon vorliegen, an einem anderen Orte veröffentlichen.

---

430. **v. Kerschensteiner.** Die Blatternkrankheit in Baiern vom Jahre 1872 bis zum Jahre 1881. Nach amtlichen Quellen dargestellt.

Zu einer Zeit, in welcher eine kurzsichtige Agitation alle Hebel in Bewegung setzt, um die öffentliche Meinung gegen die vielleicht segensreichste Einrichtung der allgemeinen Gesundheitspflege: die Schutzpockenimpfung, feindlich zu erregen — leider, wie wir erst vor Kurzem in der Schweiz erlebt haben, mit nicht zu unterschätzendem Erfolge — in solcher Zeit erheischt eine von kompetentester Seite nach amtlichen Quellen bearbeitete Zusammenstellung und sachgemäße Kommentirung der Resultate der Schutzpockenimpfung in einem Staate, in welchem der Impfzwang seit 25 Lustren streng durchgeführt worden ist, eine ganz hervorragende Beachtung und dankbare Würdigung.

Wir entnehmen der Darstellung folgende Daten:

Während der letzten 22 Jahre betrug die Zahl der an den Blattern Erkrankten im Königreich Baiern 79 534 mit 11 300 = 14,2 % Todesfällen.

Mehr als ein Drittel aller Erkrankungen, 30 742 entfallen auf die überaus heftige von Frankreich eingeschleppte Epidemie des Kriegsjahres 1871. Von diesen 30 742 Erkrankten waren 29 429 = 95,7 % geimpft, 1313 = 4,3 % ungeimpft, ein Faktum, welches von den Impfgegnern triumphirend gegen den Nutzen der Schutzpockenimpfung ins Feld geführt worden ist. Dass in einer Bevölkerung, welche bis auf die Kinder unter einem Jahre wenigstens einmal geimpft war, dieses Procentverhältnis der geimpften zu den nicht geimpften Erkrankten sich herausstellen musste, liegt auf der Hand. Aber nicht die Zahl der Erkrankten ist als das maßgebende Kriterium der Schutzkraft der Vaccine anzusehen, sondern vielmehr das Zahlenverhältnis der Geimpften zu den Ungeimpften unter den an den Blattern Verstorbenen. Während nun bei den Ungeimpften die Sterblichkeit den hohen Satz von 60,1 % erreichte, betrug sie bei den einmal Geimpften nur 13,6 %, bei den wiederholt Geimpften sogar nur 8,2 %, ein Ergebnis, welches den überaus segensreichen Schutz der Impfung gerade bei einer so verheerenden Epidemie über jeden Zweifel erhebt.

Aber nicht nur in dem Ausnahmejahr 1871 finden wir jenes überaus wichtige Verhältnis: dasselbe kehrt vielmehr auch in allen anderen Jahren mit überraschender Gesetzmäßigkeit wieder.



So starben von den

	wiederholt Geimpften	einmal Geimpften	Ungeimpften
1877	8,2 %,	10,8 %,	53,1 %
1878	8,1 %,	11,8 %,	39,5 %
1879	0,0 %,	13,6 %,	41,1 %
1880	12,2 %,	12,8 %,	37,0 %
1881	8,1 %,	10,3 %,	48,2 %

Angesichts dieser beredten Zahlen muss jede Agitation verstummen. »Wer offene Augen und redlichen Sinn besitzt,« schließen wir mit v. K., »kann sich gegen die Folgerungen aus den Erfahrungen eines Staates, welcher dem Impfwesen seit bald 80 Jahren seine Fürsorge zuwendet, nicht beharrlich negativ verhalten. Ein Rückschritt auf diesem, wohl dem dankenswürdigsten Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, wäre als ein großes, nationales Unglück zu bezeichnen.

Struck (Berlin).

---

431. **F. Balzer.** Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses. Parasitisme du xanthelasma et de l'ictère grave. Körnig-fettige Degeneration der Gewebe und Mikroorganismen beim Xanthelasma und beim Ikterus gravis.

(Revue de médecine 1882. No. 4.)

In je einem Falle von Xanthelasma und Ikterus gravis konstatirte Verf. die Anwesenheit von Mikroorganismen und stellt — jedoch mit vieler Reserve, da die Untersuchungen viel zu wenig umfangreich seien — die Ansicht auf, dass diese Mikroorganismen die Urheber beider Krankheiten seien und, indem sie sich vom Zellenprotoplasma ernähren, eine Umwandlung desselben in körnige Fettmasse hervorbringen.

Der Fall von Xanthelasma ist bereits anderswo publicirt worden (Annales de dermatologie. 1881 Okt.). Die Untersuchung der Xanthomstücke ergab: reichliche fibröse Wucherung, fettige Degeneration der Zellen, Haufen von Fettsäurenadeln, Endarteriitis obliterans, Neuritis und Perineuritis. Diese Läsionen waren vornehmlich in der Mitte der Knoten ausgesprochen, woselbst an Stelle der Zellen bloß Fett und Fettsäurekrystalle zu sehen waren, während in der Peripherie der Process erst in der Entwickelung war. Nach Behandlung mit den verschiedenen Reagentien, durch welche die albuminösen und fettigen Bestandtheile aufgelöst werden, blieben zahlreiche Körnchen und Stäbchen übrig, die besonders schön nach Tinktion mit Methylanilin hervortraten. Sie nahmen hauptsächlich das Zellenprotoplasma, weniger die Intercellularsubstanz ein und waren am reichlichsten in der Peripherie des Herdes zu finden.

Der Fall von Ikterus gravis betraf einen 30jährigen, früher luetisch gewesenen Mann, der mit ausgedehntem Hauterythem, leichtem



Ikterus und allgemeinem Unwohlsein zur Aufnahme kam. In wenigen Tagen magerte er stark ab und wurde enorm hinfällig, der Ikterus nahm zu, zugleich Erbrechen, Schmerzhaftigkeit der Lebergegend, Anurie. 6 Tage nach der Aufnahme Exitus. Die Autopsie ergab den Befund einer akuten gelben Leberatrophie. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber fand sich zunächst nur die typische körnig-fettige Degeneration der Leberzellen. Nach Behandlung mit denselben Reagentien, wie im vorigen Falle, persistirten die körnigen Massen, und nach Färbung mit Methylviolett zeigten sich in den Zellen, so wie im Bindegewebe deutliche Mikrokokken und Stäbchen. Dieselben Gebilde fand Verf. in der Niere, wo sie die Epithelien der Harnkanälchen, das Bindegewebe und die Glomeruli erfüllten, ferner im Bindegewebe und in den Gefäßwandungen der Haut.

Lüderitz (Berlin).

---

432. **Marchand** (Gießen). Kurze Bemerkung zur Ätiologie der Malaria.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXVIII. Heft 1.)

Die Veröffentlichungen von Cuboni und Marchiafava veranlassen M., eine Beobachtung mitzutheilen, die er vor 6 Jahren im Berliner Kadettenhause gemacht hat. Bei einer Blutuntersuchung eines Intermittenskranken während des Fieberanfalls hatte er die jetzt von Cuboni und Marchiafava beschriebenen charakteristischen Stäbchen mit kolbigen Endanschwellungen gefunden, welche im Froststadium auftreten. In weiterer Verfolgung der italienischen Veröffentlichungen kommt er zu dem Schluss, dass während des Schüttelfrostes im Intermittens-Anfall diese Stäbchen als pathogene erscheinen; sie haben selbständige Lokomotion und sind biegsam. Auch die von Klebs und Tommasi beschriebenen Malariabacillen sind augenscheinlich mit ihnen identisch.

Übrigens hat man sich vorzusehen, dass man nicht ähnliche Gebilde, die im Blute Gesunder und an anderen Krankheiten Leidender im Stadium der Apyrexie vorkommen, mit ihnen verwechselt. Koch fand u. A. einmal ganz ähnliche Bacillen in einer lokalen Milzbrandaffektion der Haut in Gemeinschaft mit Milzbrandbacillen vor, welche sich dadurch von allen anderen Bacillen unterschieden, dass die bei ihnen beobachteten sporenähnlichen Punkte sich dunkler färbten als der übrige Theil der Stäbchen, was sonst nie der Fall ist. Auch vor Verwechslungen mit Bildungen, die aus dem Zerfall rother Blutkörperchen hervorgehen, hat man sich zu hüten.

Karewski (Berlin).

---

433. **E. Maragliano** (Genua). Zur Pathogenese des Abdominaltyphus.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaft. 1882. No. 41.)

M. untersuchte das dem Lebenden entnommene Blut der Milz und des allgemeinen Kreislaufs bei Typhuskranken auf jene Mikro-



organismen, die Eberth, Klebs u. A. in den Leichengeweben der an Typhus Verstorbenen gefunden haben. Die Untersuchungen umfassten eine Anzahl von 15 Individuen und gaben folgende Resultate: In der Kulminationsperiode der Krankheit enthält das Blut des allgemeinen Kreislaufes isolirte und zusammengehäufte Mikroorganismen; dieselben bestehen fast durchaus aus kugelförmigen Körperchen, homogen, mit feinen Konturen und den Mikrokokken analog. Im Milzblute kommen außer diesen noch stäbchenförmige Mikroorganismen mit feinen Konturen vor, die den von Eberth und Klebs beschriebenen vollkommen ähnlich sind. Diese sind jedoch nur in geringer Menge vorhanden. Während der Konvalescenz verschwinden die Mikroorganismen aus dem Blute. Große Chiningaben bewirken entweder ein Verschwinden, oder doch eine beträchtliche Verminderung derselben. Durch die Methode der fraktionirten Kulturen gewann M. mit beiden Blutarten Stäbchen, gleich denen, die im frischen Milzblut gefunden worden waren, manche auch viel länger, letztere den von Klebs beschriebenen vollkommen ähnlich. Mehrere Kulturen gaben identische Resultate. Diese Untersuchungen sind die ersten, welche mit dem Milzblut lebender Typhuskranken angestellt worden sind.

Kopp (Wien).

434. **H. Hufschmidt.** Beitrag zur Kenntnis der Sehnenphänomene.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1882.

H. suchte die Frage, ob die Sehnenphänomene das Resultat eines reflektorischen Vorgangs sind, oder ob sie vom Muskeltonus abhängen und auf mechanischem Wege entstehen, experimentell durch Zeichnen der Zuckungskurven zu lösen. Die Anordnung der Versuche war eine derartige, dass auf einer berußtes Kreidepapier tragenden Glasplatte, welche an der einen Branche einer großen, nach Art eines Schlitten vorbeizuziehenden, vibrirenden Stimmgabel befestigt war, gleichzeitig in zwei Kurven einerseits der Zeitpunkt, wo der Perkussionshammer die Patellarsehne traf, andererseits die Zuckung des Quadriceps, beides durch Vermittelung Upham'scher Kapseln, registrirt wurde. (Upham'sche Kapseln sind tellerförmige Messingschüsselchen, welche oben mit einer Kautschukmembran überspannt sind, unten in der Mitte des Grundes von einem dünnen zum Ansatz eines Kautschukschlauches dienenden Metallröhrchen durchsetzt sind.) Ersteres wurde erreicht, indem der mit einer Upham'schen Kapsel verbundene Gummischlauch über die für den Schlag des Perkussionshammers in Aussicht genommene Stelle der Patellarsehne geführt wurde, so dass beim Ausführen des Schlages der Gummischlauch komprimirt wurde und dadurch eine Elevation der Kautschukplatte der Upham'schen Kapsel zu Stande kam, welche sich durch Vermittelung eines Schreibhebels auf die Registrirfläche übertrug. Die Zuckungskurve des Quadriceps dagegen wurde in der Weise aufgenommen, dass von zwei



durch einen Kautschukschlauch verbundenen Upham'schen Kapseln die eine auf der Grenze des mittleren unteren Drittels des Quadriceps aufgesetzt wurde, die andere dagegen in derselben Weise wie oben zur Aufzeichnung der Kurve diente. Die Kombination der vibrirenden Stimmgabel, deren Schwingungszahl in der Sekunde vorher genau festgestellt war, mit der Registrirfläche (nach Landois) hatte den Vortheil, dass durch die in die großen Kurven sich einzeichnenden kleinen Zäckchen eine genaue Auffassung und Verfolgung der Kurven auch für die kleinsten Zeittheilchen ermöglicht wurde.

Aus den so erhaltenen Kurven ergiebt sich nun durch Auszählen der entsprechenden Zäckchen die zwischen Perkussionsschlag und Beginn der Muskelkontraktion vergehende Zeit; vergleicht man diese mit der bei Annahme eines Reflexvorganges theoretisch aus der Länge der centripetalen und centrifugalen Nervenstrecke, so wie aus der Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Reizes auf der sensiblen und motorischen Bahn zu berechnenden Latenzzeit, so muss man auf diese Art eine beweisende Probe erhalten, ob es möglich ist, den Vorgang der Sehnenphänomene als Reflex aufzufassen, oder nicht. Leider stellen sich praktisch der Sache Schwierigkeiten entgegen, indem zwar die Fortpflanzungsgeschwindigkeit im motorischen Nerven genau bekannt ist (nach Helmholtz und Baxt gleich 33,9 m in der Sekunde), die Angaben aber über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit im sensiblen Nerven zwischen 30 und 94 m schwanken. Verf. stellte dem entsprechend seine Berechnung doppelt auf und benutzte einerseits den von Helmholtz für die motorischen Bahnen gefundenen Werth (33,9) auch für die sensiblen, da er a priori nicht einsah, wesshalb die Leitungsgeschwindigkeit hier eine andere sein sollte, andererseits den von Burkhardt für die Leitung in sensiblen Nerven angegebenen Werth (46,8 m). Er fand bei Benutzung des Burkhardt'schen Werthes, dass es möglich sei, das Kniephänomen als Reflexvorgang aufzufassen, der Helmholtz'sche Werth gestattete eine solche Annahme nicht. Ein Gleiches ergab sich beim Achillessehnenphänomen. Das Urtheil über die Auffassung der Sehnenphänomene hängt also danach von der Gewinnung eines sicheren Ausdruckes für die Leitungsgeschwindigkeit der sensiblen Nerven ab.

Übrigens fand Verf. bei 62 untersuchten gesunden Personen 3mal vollständiges, 1mal einseitiges Fehlen des Kniephänomens.

Freudenberg (Berlin).

---

435. **C. Gerhardt.** Das Gliom. Ein Beitrag zur qualitativen Diagnostik der Hirngeschwülste.

(Würzburger Jubiläumsschrift. Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1882.)

Der zweite Beitrag der medicinischen Fakultät zu der Würzburger Festschrift stellt den wohlgelungenen Versuch dar, eine Symptomatologie des Glioms zu geben, seinen klinischen Verlauf so darzustellen, dass es möglich ist, aus ihm die pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen. Diese Arbeit von G. enthält aber



gleichzeitig so viele und so interessante Bemerkungen über Hirnerkrankungen überhaupt und über Cerebraltumoren speciell, dass es kaum möglich ist, sie alle in dem kurz bemessenen Raum eines Referates gebührend zu würdigen. Wir werden uns daher darauf beschränken, nur diejenigen Auseinandersetzungen, welche die engere Veranlassung zu der Festschrift gaben, zu besprechen, und können uns damit um so leichter begnügen, als schon aus ihnen hervorgeht, wie viel scharfsinnige und logische Beobachtung zur Feststellung der qualitativen Diagnose von Hirnaffektionen beizutragen vermag.

Das Gliom ist eine aus gewucherter Neuroglia hervorgegangene Geschwulst, die aber nicht nur, wie Virchow meint, aus diesem histologischen Substrat besteht, sondern nach Klebs auch — und diese Angabe entspricht mehr seinem klinischen Bilde — Nervensubstanz enthält. Es kommt in jedem Lebensalter vor, betrifft aber zumeist Leute zwischen 30 und 50 Jahren und scheint sehr häufig Traumen ($^1/_6$—$^1/_3$ der Fälle) seinen Ursprung zu verdanken. Sein Verlauf ist ein langsamer, stetiger, wie bei anderen Hirntumoren, es greift aber oft mehr sprungweise um sich, indem häufig plötzliche Verschlimmerungen, die aber nicht selten vorübergehend sind, eintreten. Der Hirnmasse entsprossen, und diese aus einander treibend, kann man (Gerhardt!) es als Expansiv-Geschwulst bezeichnen, im Gegensatz zu den Deck- oder Beleg-Tumoren, welche der Hirnoberfläche aufgelagert, den Gefäßen oder Hirnhäuten entstammen. Der gewöhnlichste Sitz des Glioms befindet sich (Virchow) in einem der Hinterlappen, nächstdem in dem oberen und seitlichen Umfange der Großhirnhemisphären.

Die Initialsymptome sind Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Gedächtnisschwäche; oft beobachtet man tiefen Stupor oder gar Sopor, selten gekreuzte Lähmung, manchmal als erste Erscheinung epileptischen oder apoplektischen Anfall. Alles in Allem wenig charakteristische Symptome für die Differentialdiagnose. Von positiver Bedeutung sind dagegen im weiteren Verlauf vorübergehende Lähmungen und apoplektische Anfälle. Vorübergehende Lähmungen kommen ja hier und da auch bei anderen Tumoren vor, »bei dem Gliom treten sie so oft ein, dass sie in seinem Wesen begründet sind«. Das lässt sich durch den ungemein großen Reichthum an Gefäßen bei dieser Geschwulst erklären. Diese gestatten fluxionäre Schwellungen, welche sogar zu tödlichen Apoplexien führen können. Manchmal vermisst man selbst bei großen Gliomen Lähmungen oder beobachtet sie nur vorübergehend — ein Umstand, der für den Gehalt dieser Geschwülste an Nervenfasern (Klebs) spricht. Also Hirngeschwülste, die schwere allgemeine oder hemiplegische Erscheinungen (Fluxionen) machen, dann wieder fast völliges Verschwinden der Symptome zeigen, wird man kaum anders als zu den Gliomen zählen können. Was den apoplektischen Anfall durch Hämorrhagie betrifft, so kann er oft das einzige Symptom des Glioms darstellen. Manchmal können mehrere Anfälle vorkommen. Diese selbst gewinnen an



diagnostischer Bedeutung durch die von ihnen bedingten Temperaturverhältnisse. »Wenn im Verlaufe einer großen, Anfangs langsam wachsenden Expansivgeschwulst sich apoplektische Anfälle mit Anfangs niederer, später erst wenig ansteigender Temperatur öfter wiederholen, hat man es mit größter Wahrscheinlichkeit mit einem Gliom zu thun.« Epileptische Anfälle sind im Gegensatz zu Syphilomen und Cysticerken, selbst wenn die motorische Rindenregion und der Pons erreicht wird, selten, Depressionssymptome überwiegen. Der Verlauf ist ein langsamer, sich manchmal bis zu 10 Jahren hinziehender.

Im Anschluss an diese Auseinandersetzungen veröffentlicht G. 6 Krankenbeobachtungen, die den charakteristischen Verlauf der Gliome demonstriren. **E. Leyden** (Berlin).

436. **Laure.** Angine et albuminurie. Angina und Albuminurie.

(L'union méd. 1882. No. 142 u. 143.)

L. behandelte einen Fall von einfacher katarrhalischer Angina mit starker Schwellung einer Mandel. Drei Tage nach vollständiger Besserung der lokalen Erscheinungen traten heftige Kopfschmerzen, Sehstörungen und ein beträchtliches Ödem des Gesichts ein; der Urin enthielt viel Eiweiß. Nach drei Wochen hatte sich der Eiweißgehalt bedeutend vermindert, verschwand aber vollständig erst nach zwei Monaten. Im nächsten Jahre erkrankte dieselbe Pat. an Gelenkrheumatismus und einfacher Angina; wieder wurde der Urin eiweißhaltig. Diese Beobachtung veranlasste L., in allen Fällen von Angina den Urin zu untersuchen. In zehn weiteren Fällen, deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind, konnte er Eiweiß im Urin nachweisen: in fünf bestand neben der Angina Gelenkrheumatismus, vier zeigten das Bild einfacher katarrhalischer, einer das Bild einer phlegmonösen Angina. Auf Grund seiner Beobachtungen konstatirt er:

1) Dass Albuminurie oft koincidirt mit einer, durch Gelenkrheumatismus komplicirten Angina (Angine rhumatismale); sie zeigt in solchen Fällen variirenden Typus, indem sie sich bei jeder neuen Fluxion zu den Gelenken wiederholt.

2) Dass Albuminurie vorkommen kann bei einfacher, katarrhalischer oder phlegmonöser Angina ohne jeden diathetischen Charakter.

3) Dass diese Albuminurie meist transitorisch ist und spontan heilt, aber auch hartnäckig werden und zu materiellen Veränderungen in den Nieren Veranlassung geben kann.

L. hat sich in allen Fällen überzeugt, dass kein versteckter Scharlach vorlag. Er ist nicht abgeneigt, einen gewissen Einfluss der Witterung und der Jahreszeit zuzuschreiben; die meisten seiner Beobachtungen fallen in die ersten Monate des Jahres 1881; zu derselben Zeit kam eine Reihe anderer Albuminurien, theils idiopathischer, theils Komplikationen verschiedener Krankheiten in seine Behandlung.

L. erwähnt sodann die Arbeit Kannenberg's, der die Albuminurie bei Infektionskrankheiten und akuten Entzündungen der Mandeln zurückführt auf den Durchgang von Bakterien aus dem Blut in den Urin und die hierdurch gesetzte Reizung der Nierenepithelien. L. hat in 3 Fällen den mit den nöthigen Kautelen aufgefangenen Urin auf Mikrokokken untersucht, zweimal mit Erfolg. In dem einen Fall waren dieselben sehr zahlreich, theils in Biskuitform, theils als runde Sporen vertreten. Die Zeit, in welcher sie im Urin erschienen, fiel zusammen mit der größten Fieberhöhe; in den folgenden Tagen waren sie nicht mehr nachzuweisen.

L. empfiehlt Untersuchung des Urins in allen Fällen von Angina. Gegen die Albuminurie bei der Angine rhumatismale hat er vom Natr. salicyl. gute Wirkung gesehen, in einem Falle von hartnäckiger Albuminurie wandte er mit Erfolg punktförmige Kauterisation der Lendengegend an. **Brockhaus** (Godesberg).

---

437. **E. Maragliano** (Genua). Über die Wirkung des Strychnins auf Herzdilatation.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1882. No. 41.)

M. versuchte Strychnin (innerlich) bei Herzdilatation und kam zu folgenden Resultaten: 1) 1—2 Tage nach der Strychninverordnung beginnt die Erweiterung abzunehmen, so dass nach Verlauf von 5 bis 6 Tagen bedeutende Erweiterungen schwinden. 2) Wenn nach eben erhaltener Verkleinerung des Herzens der Gebrauch des Strychnins sistirt wird, erscheint die Dilatation häufig wieder. 3) Um diese Resultate zu erreichen genügen täglich 2—3 mg Strychn. sulf.

Kopp (Wien).

---

438. **Page.** Chinoidine and capsicum in intermittent fever. Chinoidin und Pfeffer bei Intermittens.

(The med. record Bd. XXII. No. 15.)

P. wandte in 130 Fällen von Intermittens, von denen er drei näher mittheilt, Chinoidin und spanischen Pfeffer in Pulverform an und zwar enthielt jedes Pulver von ersterem 0,6 g, von letzterem 0,06—0,18 g, je nach Alter und Geschlecht. Er ließ in der fieberfreien Zeit täglich gewöhnlich drei Pulver nehmen. Erbrechen trat nur in einem Falle auf. In 9 Fällen wiederholten sich die Anfälle bald wieder, und zwar, wie P. meint, weil die beiden Mittel nicht lange genug gebraucht wurden, in 5 Fällen trat Besserung, aber keine Heilung ein, indem die Anfälle von Zeit zu Zeit wiederkehrten. 22 Fälle sah P. nur einmal; er ist überzeugt, dass dieselben sich nicht wieder vorstellten, weil keine neuen Anfälle eingetreten waren. In den übrigen Fällen konnte P. sich von der dauernden Heilung überzeugen.



P. empfiehlt das Chinoidin, da es in Verbindung mit Capsicum in denselben Dosen wirksam ist, wie das Chinin, seiner Wohlfeilheit wegen besonders für die Armenpraxis und die Arbeiterbevölkerung.

Brockhaus (Godesberg).

---

439. **Holbrook Curtis.** A simple means of checking pulmonary hemorrhage. Ein einfaches Mittel, Lungenblutungen zu stillen.

(The med. record Bd. XXII. No. 15.)

In einem Fall von hartnäckiger Lungenblutung, wo Ergotin innerlich und subkutan, Gerbsäure etc. vergeblich angewandt waren, schlug H. folgendes Verfahren ein. Er legte ein zusammengefaltetes Tuch auf die Vena cruralis dicht unter der Schenkelbeuge und um den Schenkel mit Schnallen versehene Binden, so dass erstere auf das Tuch zu liegen kamen. Er zog dann so fest an, dass der Rückfluss des Venenblutes vollständig gehemmt wurde. Dann schnürte er die Arme unter der Schulter mit einem elastischen Schlauch fest zusammen. Die Blutung stand augenblicklich, kehrte aber wieder, als er nach 5 Minuten die Kompression aufhob, um nach Zuziehung der Binden sofort aufs Neue zu stehen. Um eine längere Kompression zu ermöglichen, schnürte er in der angegebenen Weise zuerst einen Arm und das Bein der anderen Seite, worauf die Blutung ebenfalls stand. Wurden die Extremitäten blau, so lockerte er die Binden und komprimirte an den beiden anderen Gliedern. Er hat dies Verfahren in noch vier anderen Fällen erprobt und auch gefunden, dass die Dyspnoe dadurch günstig beeinflusst wird.

Brockhaus (Godesberg).

---

440. **Edward Mackey** (Brighton). Salicylate of soda in Tonsillitis, and as a local application in gout.

(The British medical journal 1882. Oktober 14. p. 718.)

M. empfiehlt die von Hormazdyi (The Lancet 1882, Juni 17) angegebene interne Anwendung von Natron salicylicum gegen Angina tonsillaris in Dosen von 0,6—1,2 zwei- bis vierstündlich; ferner hat er bei Gicht ausgezeichnete Erfolge in Bezug auf Schmerzstillung von der lokalen Applikation warmer Umschläge mit einer ca. 3%igen Lösung von Natron salicylicum mit Zusatz von $1^1/_2$—3% Laudanum gesehen.

Freudenberg (Berlin).

---

441. **Henry B. Baker.** The relations of schools to diphtheria and to similar diseases. Die Beziehungen der Schule zur Diphtherie und zu ähnlichen Krankheiten.

(Public health papers and reports of the American public health association vol. V. p. 107.)

Die beträchtliche Sterblichkeit, welche die Diphtherie häufig in kaum geringerem Grade als das gelbe Fieber herbeiführt, veranlasste



Verf. die Ätiologie dieser Krankheit auf statistischer Grundlage zu studiren und die sich daraus in prophylaktischer Hinsicht ergebenden Konsequenzen zu ziehen.

Die leichtere Empfänglichkeit der Kinder für Diphtherie, so wie die Thatsache, dass unter den Kindern in Michigan wenigstens das Verhältnis der zwischen 5 und 10 Jahren an derselben Gestorbenen zu den unter 5 Jahren Gestorbenen größer, als bei anderen Kinderkrankheiten, wie Scharlach, Krup und Diarrhoe ist, andererseits der ausgesprochene kontagiöse Charakter der Krankheit leiteten ihn auf den Gedanken, dass die Schule besondere Gelegenheit zu ihrer Übertragung bieten möchte. Neben der gemeinsam geathmeten Klassenluft bezeichnet Verf. als begünstigende Momente vornehmlich die nahe Berührung der Kleidungsstücke in den Vorräumen, das Entleihen von Bleistiften und Schwämmen, welche im Munde angefeuchtet werden, den Gebrauch der nämlichen Trinkbecher.

Fernerhin zeigten die Erhebungen ein häufigeres Vorkommen der Diphtherie im Winter, als im Sommer. Verf. erinnert dabei an das Vorkommen von wunden Stellen im Halse bei akuten Halsleiden, von aufgesprungenen Lippen und Händen in dieser Jahreszeit, so wie an die unvollständigere Zimmerventilation während des Winters. Die ferneren Ausführungen ergeben, dass die Diphtherie eine periodische Zu- und Abnahme zeigt, wofür mehrfache während der Periode 1855—1879 beobachtete Beispiele angeführt werden. — Eine 1876 in Lynn, Mass., genau verfolgte Epidemie, deren Umfang das ganze Jahr über mit Beginn der Ferien geringer wurde, nach Schluss derselben allmählich wieder stieg, wird als treffender Beleg dafür citirt, welche Bedeutung der Schule hinsichtlich der Verbreitung der Diphtherie zukommt.

Diesen ätiologischen Momenten entnimmt Verf. eine Reihe von Maßregeln zur Verhütung resp. Beschränkung der Diphtherie, welche im Wesentlichen auf strenge Isolirung der Kranken, ja schon der der Krankheit Verdächtigen, ausgiebige Ventilation der Krankenzimmer, Desinfektion der Genesenen resp. Gestorbenen, aller mit ihnen in Berührung gekommenen Gegenstände, so wie der Krankenräume, sofortige Meldung der Krankheit bei den Gesundheitsbehörden und Warnung der Hausgenossen hinzielen.

Zur genügenden Durchführung dieser Vorschläge empfiehlt derselbe eine umfassende Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, speciell die Anstellung von ärztlichen Schulinspektoren. Sache der Gesundheitsämter und wissenschaftlichen Institute aber soll es sein, durch statistische und experimentelle Untersuchungen die Ätiologie der Diphtherie, als sicherste Grundlage für die zu ihrer Verhütung erforderlichen Maßnahmen, bis zu einem befriedigenden Abschlusse zu erforschen.

Würzburg (Berlin).



442. **Beneke** (Marburg). Die erste Überwinterung Kranker auf Norderney.

Norden und Norderney, **H. Braams**, 1882.

Zwei Faktoren legten von vornherein den Gedanken nahe, dass auf den Nordsee-Inseln der Aufenthalt während des Herbstes und Winters für manche Erkrankungen von wesentlichstem Vortheile sein würde. Die eine Thatsache ist die, dass die Meeres luft unter den heilsamen Faktoren die erste, und das Meeres bad die zweite Stelle einnimmt; daraus folgt, dass man sich mit Unrecht auf die Zeit beschränkt, welche für das Bad die geeignetste ist. Die zweite Thatsache ist, dass eine niedrige Lufttemperatur, selbst der Winteraufenthalt auf Höhen der Schweiz wie Davos, St. Moritz, den an konstitutionellen Schwächezuständen Leidenden, insbesonders manchen Phthisikern nicht nur nicht schadet, sondern selbst von größtem Nutzen ist. Auf Veranlassung B.'s lebten während des Herbstes und Winters auf Norderney 53 Kranke, welche B. selbst unter Aufsicht hatte. Unter den Pat. waren Phthisis pulmonum, Scrophulosis, Ekzema, Arthritis deformans, Neurasthenie etc. vertreten. Wie klein auch die Zahl der Pat. ist, so lassen sich doch schon Gesichtspunkte aufstellen. welche für die Bedeutung des verlängerten Aufenthaltes auf deutschen Nordsee-Inseln sprechen.

Bevor B. zu der Besprechung übergeht, wie die einzelnen Erkrankungsformen bei der Überwinterung sich verhielten, wendet er seine Aufmerksamkeit auf die wirksamen Faktoren der Nordseeluft. Die Intensität der Luftströmungen und deren wärmeentziehende Wirkung bei nur geringen täglichen Temperaturschwankungen, der reiche Gehalt der Luft an Ozon und an Feuchtigkeit, der wenn auch nur leichte Salzgehalt der Luft, der relativ hohe Luftdruck, die außerordentliche Reinheit der ganzen Atmosphäre, die ungebrochene Lichtmenge des Luftmeeres, alle diese Faktoren bilden zusammen die wunderbare und specifische Heilkraft der Nordseeluft. Alle vereint bilden für manche Krankheiten das größte Heilmittel, während sie auf andere nur nachtheilig wirken. Schwächezustände aller Art, zumal solche, welche als direkt vom Nervensystem ausgehende gelten, werden mit Vortheil bedacht; die Zustände aber, welche durch ein Übermaß an Leistungsfähigkeit der Funktionen ausgestattet sind und sich in zu reichlicher Blut- und Gewebsbildung oder in der Produktion bösartiger Neubildungen (Sarkom, Carcinom) aussprechen, werden eine Verschlimmerung finden.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass nach den übereinstimmenden Ansichten der Ärzte und sachverständiger Bewohner. der Küste, die sanitäre Wirkung der Nordseeluft schon in einer Entfernung von $^1/_2$ Stunde, landeinwärts von der Küste, sich nicht mehr so deutlich bemerkbar macht. Dies findet zum Theil seine Erklärung darin, dass ein großer Theil des Ozon, welches durch die Wasserverdunstung über der Meeresfläche und die damit verbundenen

elektrischen Vorgänge in dem Luftmeer beständig gebildet wird, durch die Emanation des bebauten und baumlosen Festlandes mit seinem Ackerboden in Anspruch genommen wird. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Ozongehalt der Luft unmittelbar auf oder am Meere beträchtlicher ist als über dem flachen, unbewaldeten Festland und insbesonders über dem Boden bebauter Orte. Dass dies keine leeren Hypothesen sind, zeigen deutlich die Werthe, welche das Ozonometer giebt. In Folge dieser Ozonerzeugung vergleicht B. den Aufenthalt in der Nordseeluft »einem elektrischen Luftbade«; in der wärmeentziehenden und damit den Stoffwechsel steigernden Einwirkung der Nordseeluft, in ihrem Ozongehalt, diesem Produkt elektrischer Vorgänge, liegt ein Hauptfaktor ihrer Gesammtwirkung.

Als Resultate der Erfahrungen, welche während des Herbst- und Winteraufenthaltes auf Norderney gesammelt wurden, lassen sich als vorläufige Ansicht folgende Punkte zusammenfassen. In den Streit einzutreten, ob es besser ist, die Höhenluft, das subalpine Klima oder die Nordseeluft an erste Stelle zu setzen, ist Thorheit, sondern es handelt sich darum, die Fälle auszusuchen, welche für die einzelnen Kurorte geeignet sind. Die wesentlichsten Punkte aus dem Winteraufenthalte hervorgehend lauten:

1) Der verlängerte Aufenthaltt in der Nordseeluft ist von zweifellosem Nutzen für alle Schwächezustände, welche durch akute Erkrankungen, chirurgische Eingriffe, Überarbeiten etc. acquirirt werden.

2) Derselbe ist von, wie es scheint, unvergleichlichem Nutzen bei jener angeborenen, ererbten Schwäche, welche den Ausgangspunkt für Skrofulose, Phthisis, gelenkrheumatische Affektionen bildet.

3) Unter den bereits im phthisischen Anfangsstadium befindlichen Kranken eignen sich die chronisch-pneumonischen Formen mit geschwächtem, erregbarem Nervensystem an erster Stelle für den verlängerten Aufenthalt an der Nordsee. Die Phthisen mit katarrhalischem Charakter haben beim Höhenklima Vortheil zu erwarten; in Bezug auf die tuberkulöse Form fehlt noch das Urtheil.

4) Für Kranke, welche an bösartigen Neubildungen leiden, oder durch eine Operation davon befreit sind, oder die Entwicklung einer solchen befürchten lassen, ist der Aufenthalt an der Nordsee schädlich; eben so für solche, welche primär an Hypertrophien des interstitiellen Bindegewebes und der bindegewebigen Membranen (chronische Pleuritis, Pachymeningitis, granulirte Leber, Niere) leiden.

5) Als ein sehr werthvoller Maßstab für die Zuträglichkeit des Inselaufenthaltes ist die regelmäßige Körpergewichtsbestimmung zu betrachten.

6) Bei der Rückkehr der Kranken auf den Kontinent sind besondere Vorsichtsregeln erforderlich, um die Acclimatisation ohne Rückgang des Befindens zu erreichen. Diese Periode der Acclimatisation ist in der Regel in 2—3 Wochen beendet. Die Rückreise



soll in kleinen Etappen ohne jede Ermüdung vorgenommen werden; die Kleidung muss eine angenehme und gleichmäßige Körperwärme sichern, die Diät soll maßvoll sein, erregende Genussmittel verdienen Berücksichtigung, kühle Abwaschungen am Morgen und Abend sollen den Mangel der Erregung durch die Seeluft in etwas ausgleichen. **Prior** (Bonn).

Litterarische Neuigkeiten.

Asselin & Cie, Paris.

Ball, B., Leçons sur les maladies mentales. Fasc. 3. 8°. 3 Fr. 50 cts.

Delahaye & Lecrosnier, Paris.

Haranger, F., Etude sur l'endocardite congénitale du cœur gauche. 8°. 3 Fr.

Rome, A. J., La pleurotomie. 8°. 2 Fr.

Jovene e Ca., Neapel.

Renzone, R., Analisi chimica e microscopica della urina normale a patalogica. 8°. 6 L.

Paul, Trench & Co., London.

Ribot, T., Diseases of memory. 8°. 5 sh.

Baillière & fils, Paris.

Bouillet, J., Précis d'histoire de médecine. 8°. 6 Fr.

Després, A., La prostitution en France. Etudes morales et demographiques. 8°. 6 Fr.

Vossin, A., Leçons cliniques sur les maladies mentales. 8°. 15 Fr.

Dentu, Paris.

Mireur, H., La prostitution à Marseille. Histoire, administration et police, hygiène. 8°. 5 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, **Gerhardt**, **Leyden**, **Liebermeister**, **Nothnagel**, **Rühle**,
Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Wien, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Prof. **Ehrlich**, Prof. **Finkler**, Dr. **A. Fränkel**
Berlin, Berlin, Bonn, Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 32 u. 33. **Sonnabend, den 25. November.** **1882.**

443. **J. Horbaczewski.** Die Synthese der Harnsäure. (Aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium des Hrn. Prof. E. Ludwig in Wien.

(Przegląd lekarski 1882. No. 45.)

Der Autor, Assistent des Herrn Prof. E. Ludwig, giebt von der künstlichen Synthese der Harnsäure folgende Beschreibung:

Ein gepulvertes aus Hippursäure dargestelltes Glycocoll wird mit der zehnfachen Menge reinen aus Ammoniumcyanat bereiteten Harn-



stoffs gemischt. Diese Mischung wird auf dem Metallbade schnell auf 200—230 ° C. erhitzt, bis sie schmilzt und ihr ursprünglich farbloses und transparentes Aussehen verliert und sich in eine kastanienbraune, trübe und dicke Masse verwandelt. Nach dem Erkalten wird diese Masse in verdünnter Kalilauge gelöst, mit überschüssigem Salmiak versetzt und mit einem Gemisch von ammoniakalischer Silberlösung und Magnesiamixtur niedergeschlagen. Der Niederschlag, der bereits die Harnsäure enthält, wird nach sorgfältigem Waschen mit ammoniakhaltigem Wasser mittels einer Lösung von Schwefelkalium zerlegt. Das Filtrat wird alsdann mit Salzsäure im Überschuss versetzt und eingedampft. Beim Erkalten bildet sich ein neuer Niederschlag, der wieder in Kalilauge gelöst und dem oben beschriebenen Verfahren noch zweimal unterworfen wird. Auf diese Weise erhält man endlich ein gelbliches Pulver, welches mit Alkohol gewaschen, dann getrocknet und endlich zur Reinigung vom Schwefel mit Schwefelkohlenstoff und dann Äther ausgeschüttelt wird.

Der so dargestellte Körper verhält sich ganz wie Harnsäure.

1) Unter dem Mikroskop zeigt er die charakteristische Form der Rhomben- und Wetzsteinkrystalle.

2) Er reducirt alkalische Kupfersulphatlösung in der Wärme und Lösungen von Silbersalpeter schon in der Kälte.

3) Beim Erwärmen mit koncentrirter Salpetersäure entwickelt er braune Dämpfe; der gelbe hierbei entstandene Rückstand wird purpurroth und nach Zusatz von Kalilauge violett.

4) Endlich ist der Körper in Wasser, Säuren, Alkohol und Äther schwer, in Alkalilaugen aber leicht löslich.

Seine Elementaranalyse hat ergeben:

	Berechnet:	Gefunden:
C	35,72	35,68
H	2,38	4,02
N	33,33	33,49

Adamkiewicz (Krakau).

444. Über Phosphor und seine Wirkung vom klinischen und experimentellen Standpunkte aus.

1) **H. Hebra.** A case of phosphorus poisoning, which could not be diagnosed either in the living body or from the macroscopic autopsy. (Philadelphia medical times 1882. Sept. 23. p. 866.)

Ein 19jähriger Schuhmacherlehrling kam am Abend des 21. März in Behandlung Hebra's, nachdem er 6 Tage vorher auf der Brust und den Backen rothe Flecken bekommen hatte, die fortwährend an Größe und Anzahl zunahmen. Bei der Untersuchung fand H. Wangen, Brust und Extremitäten voll großer, theils frischer, theils alter Hämorrhagien. Die frischen waren hellroth, die alten bläulich verfärbt. Auch die Konjunktiven waren voll von Ekchymosen. Der Urin war dunkel und reich an rothen Blutkörperchen und Eiweiß.



Das ganze Krankheitsbild erinnerte an Morbus maculosus Werlhofii. Am 27. März traten, nachdem bis dahin das Verhalten ein ziemlich gleichförmiges gewesen war, cerebrale Störungen ein, die sich besonders durch unbeholfene Sprache und Muskelparesen verriethen. Abends war Pat. nicht mehr im Stande zu sprechen und um Mitternacht trat Brechen, dann Collaps und am Morgen der Tod ein.

Die Leiche war sehr blass und wachsartig und hatte nur einen ganz leichten Stich ins Gelbe. Die Hirnwindungen waren etwas abgeplattet, die Gehirnsubstanz entzündlich hyperämisch, die Ventrikel dilatirt und mit Serum gefüllt. Im linken Thalamus opticus fand sich ein walnussgroßer Herd, aus geronnenem Blute bestehend. Die genauere Untersuchung der Hirnsubstanz ergab zahlreiche kapillare Hämorrhagien um den Herd her. Die Arterien an der Hirnbasis waren sehr fragil. Der Bronchialbaum war mit blutigem Schaum gefüllt. Die Mucosa des Pharynx und Larynx wies zahlreiche Ekchymosen auf; eben solche fanden sich auch im subpleuralen Gewebe, unter dem Perikard und Endokard, auf der Oberfläche des Magens und Darms und in der Schleimhaut der Harnblase. Im Abdomen fand sich etwas blutige Flüssigkeit. Die Leber war blassbraun, sonst nicht abnorm. Die Milz war geschwollen. Im Magen befand sich gelber Schleim. Die Magenschleimhaut war geschwollen und ekchymosirt. Die Fettkapsel um die Niere war blutig suffundirt. Die Schleimhaut des Nierenbeckens erwies sich als entzündlich geschwellt und blutgefüllt. In allen Körpermuskeln ließen sich kleine Hämorrhagien erkennen. Im Gehirn wies das Mikroskop reichliche Fettkügelchen nicht nur im Bereiche des Herdes, sondern auch anderweitig nach. Leber und Muskeln waren deutlich fettig degenerirt. Ein eigentlicher Ikterus bestand nicht, wie er auch während der Krankheit nicht bestanden hatte.

Durch den Mangel an Ikterus ist obiger Fall von besonderer Bedeutung. Zwar erfolgt der Tod nach Phosphorvergiftung (und obiger Fall war, wie die Untersuchung ergab, höchst wahrscheinlich eine solche), oft ehe es zur Entwicklung von Ikterus kommt; wo sich die Krankheit aber, wie hier, über viele Tage hinzieht, wird Gelbsucht fast nie vermisst. Zur Erklärung des Falles kann man nicht einmal Vermuthungen vorbringen, weil uns die Theorie des Phosphorikterus noch ein Räthsel ist.

2) **H. Hessler** (Halle a/S.). Über den Tod durch akute Phosphorvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkte.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin 1882. N. F. Bd. XXXV. Hft. 2. p. 248 und Bd. XXXVI. Hft. 1. p. 10.)

Obige Arbeit ist eine fleißige Zusammenstellung der für den Gerichtsarzt wichtigen Momente und kann in dieser Beziehung empfohlen werden. Eingehend referiren lässt sie sich nicht. Beispielsweise sei der über den Phosphorikterus handelnde Passus angeführt:

Gleichzeitig mit dem Schwellen der Leber beginnt gewöhnlich eine leichte ikterische Färbung der Skleren. Diese wird allmählich intensiver, breitet sich



über Stirn und Gesicht aus und geht schließlich über den ganzen Körper fort. In vielen Fällen beschränkt sich dieser Ikterus auf die Skleren und das Gesicht. Für gewöhnlich bedingt er nur eine blassgelbliche Hautverfärbung und ist nicht so intensiv wie der Icterus gastro-duodenalis. Dieser Ikterus folgt den perkutorischen und palpatorischen Veränderungen der Leber und nimmt im Rekonvalescenzstadium nur allmählich ab. Lewin fand ihn unter 44 Fällen 15mal, Meischner in 40 Fällen 24mal und zwar 12mal im Verlaufe des 2. resp. zu Anfange des 3. Tages und je einmal am 3. und 6. Tage. In 48 Fällen, welche Hessler zusammenstellte, wurde er 26mal beobachtet, und zwar:

3mal am 2. Tage,
11 » » 3. »
3 » » 4. »
3 » » 6. »
2 » » 5. »

H. glaubt sich dahin aussprechen zu können, dass der Ikterus ein konstantes Symptom der Phosphorvergiftung ist, wofern der Tod nicht im Verlaufe der ersten 3 Tage erfolgt.

3) **W. Berger.** Die Phosphorvergiftungen der neuesten skandinavischen Litteratur.

(Schmidt's Jahrbücher 1882. No. 192. p. 130.)

Nach Hamberg haben in Schweden die Phosphorvergiftungen seit einigen Jahren bedenklich zugenommen, während die Arsenikvergiftungen bedeutend abgenommen haben. Die meisten Phosphorvergiftungen betrafen junge Frauenzimmer, die das Gift Behufs Fruchtabtreibung eingenommen hatten. In 15 von 16 Fällen fanden sich im Uterus entweder Föten oder die Zeichen einer kurz vorher stattgehabten Entbindung. In vielen Fällen waren Phosphorzündhölzchen zur Vergiftung benutzt worden, Phosphorpaste nur ausnahmsweise. Hamberg ist daher der Ansicht, dass die Phosphorstreichhölzchen gänzlich zu verbieten seien, wie denn auch in Dänemark wirklich ein Verbot derartiger Zündhölzer existirt.

Jäderholm bestätigt die Thatsache, dass in Schweden Arsenikvergiftungen ab und Phosphorvergiftungen zugenommen haben, so wie dass dieses Gift vornemlich zur Abtreibung der Leibesfrucht verwandt werde.

Von den 15 an Phosphorvergiftung Gestorbenen, bei welchen Jäderholm die Sektion gemacht hat, waren 4 am ersten Tage der Erkrankung gestorben. Die kürzeste Zeit, binnen der nach Einnahme des Giftes der Tod erfolgte, waren 7 Stunden; in einem Falle waren 11 Stunden verflossen, in einem anderen $14^1/_2$ Stunde. In diesen Fällen mit so raschem Verlaufe waren die anatomischen Kennzeichen der Phosphorvergiftung entweder gar nicht oder nur andeutungsweise vorhanden und bestanden in kleinen Blutaustritten oder beginnender Fettentartung, während Ikterus fehlte. Selbst bei einem am 2. Tage gestorbenen Individuum fehlte der Ikterus noch.

J. L. Lundblad theilt einige Phosphorvergiftungen mit, wo es sich um Abtreibung der Leibesfrucht handelte. In einem der Fälle blieb die Mutter am Leben und die Frucht starb; im anderen starben beide.



4) **Lesseliers.** Un cas d'empoisonnement par le phosphore observé à la clinique de Mr. N. du Moulin.

(Ann. de la societé de méd. de Gand 1881. Okt. p. 221.)

Der Fall bot Schmerzhaftigkeit im Epigastrium und Volumszunahme der Leber, ferner eine deutliche Alkalescenz des Speichels, Schweißes und Magensaftes, so wie eine sehr starke Harnstoffverminderung.

5) **J. Briliant.** Zur Kenntnis der toxischen Wirkung des Phosphors und des Phosphorwasserstoffs auf den thierischen Organismus.

Dissert., St. Petersburg 1881. (Russisch.) Im Auszug deutsch mitgetheilt von Prof. Boehm.

(Archiv für exp. Pathol. u. Pharm. 1882. Bd. XV. Hft. 5 u. 6. p. 439.)

Vor einiger Zeit haben fast alle referirenden Journale die interessante Arbeit H. Meyer's über den Phosphor besprochen. Die vorliegende ist vor der Meyer'schen angefertigt und hat daher auf jene keine Rücksicht nehmen können.

Der Phosphor wurde in Substanz oder als Oleum phosphoratum per os oder subkutan applicirt; der Phosphorwasserstoff wurde theils unter Glasglocken, theils durch die Trachea, theils durch eine Ösophagusfistel applicirt. Das Bild der Phosphorvergiftung ergab sich als eine sehr langsam fortschreitende allgemeine centrale Paralyse ohne Reizungserscheinungen und ohne nachweisbare Veränderungen des peripheren Nervmuskelsystems. Nach subkutaner Injektion von ca. 1,0 gr 1 %igem Phosphoröls verstrichen in der Regel mehrere Stunden, ehe eine Wirkung bemerkbar wurde; nach 24 Stunden wurden die Thiere meistens todt vorgefunden.

Das Froschherz erfuhr eine allmähliche Abnahme der Energie und Frequenz seiner Kontraktionen bis zum Eintritt eines diastolischen Stillstandes, wobei die Kammer mit dunklem Blute strotzend gefüllt gefunden wurde. Anfangs ließen sich durch mechanische oder elektrische Reizung noch einmalige schwache Systolen des stillstehenden Herzens erwecken; später nicht mehr. Mit der Zeit entleerte sich der Ventrikel mehr und mehr, so dass er nach 24—26 Stunden weißlich gefärbt und ziemlich stark kontrahirt angetroffen wurde. Die Vaguserregbarkeit blieb bis zuletzt erhalten. Atropin änderte am Gange der Erscheinungen nichts; durch Digitoxin konnte der diastolische Stillstand leicht in systolischen übergeführt werden. Demnach handelt es sich um eine primäre Lähmung der motorischen Herzganglien, eine Ansicht, zu der ja auch Meyer gelangt ist. Bei direkter Injektion des Giftes ins Blut tritt diese übrigens nicht schneller auf als bei subkutaner Applikation, woraus Verf. schließt, dass der Phosphor wohl nicht als solcher seine giftigen Wirkungen entfaltet.

Die mit Phosphorwasserstoff vergifteten Frösche starben an einer langsam fortschreitenden centralen Paralyse und allmählicher Herzlähmung. Ein 15minutlicher Aufenthalt in einer mit 7 %igem Phosphorwasserstoff gefüllten Glocke schadete Fröschen nichts.



Blutdruckversuche an Warmblütern ergaben, dass der Phosphor schon einige Zeit vor dem Tode den Blutdruck sehr stark erniedrigt. Diese Druckverminderung scheint ziemlich plötzlich einzutreten.

Das allgemeine Bild der Phosphorvergiftung bei Warmblütern ergab sich als in guter Übereinstimmung stehend mit den Beobachtungen von Eulenberg an Katzen und von Dybkowski an Hunden. Eine Katze starb, nachdem sie nur 25 Minuten eine 0,25% Phosphorwasserstoff enthaltende Luft geathmet hatte. Vom Magen aus wirkte das Gift bedeutend langsamer als von der Lunge aus, da es offenbar nur langsam von der Magenmucosa resorbirt und in kleinen Mengen durch die Lungen wieder ausgeschieden wird. Das Symptomenbild war im Ganzen sehr ähnlich dem der Phosphorvergiftung. Dem Tode ging ein Stadium totaler Narkose voraus, worin die Anfangs vorhandene hochgradige Dyspnoe einer ruhigen Athmung Platz machte. Der Tod erfolgte unter schwacher tetanischer Streckung der Extremitäten Die Blutdruckversuche ergaben eine bedeutende sehr zeitig auftretende und lange anhaltende Verminderung der arteriellen Spannung mit gleichzeitiger Herabsetzung der Pulszahl. Der Tod erfolgte niemals durch Herzstillstand im strengeren Sinne, denn bei den Sektionen ließen sich immer noch, wenn auch unvollkommene Herzkontraktionen nachweisen. Im Ganzen waren die Blutdruckkurven den Arsenikkurven sehr ähnlich. Auf der Höhe der Intoxikation versagte der vasomotorische Apparat seinen Dienst, so dass weder sensible Reize noch die Erstickung Gefäßkontraktionen zu bewirken im Stande waren. Gastrointestinalerscheinungen traten wie bei der Phosphor-, so auch bei der Phosphorwasserstoffvergiftung gegen die nervösen Störungen sehr in den Hintergrund. Befunde, wie sie beim Arsenicismus acutus die Regel bilden, wurden nie angetroffen. Die Darmschleimhaut zeigte in der Mehrzahl der Beobachtungen eine auffallend anämische und trockene Beschaffenheit.

6) **J. Fort.** Des combinaisons cliniques du phosphore et de l'essence de terebinthine; deductions physiologiques et cliniques.

Thèse. Sceaux, 46 Seiten in Quart, 1881.

Bekanntlich ist H. Köhler fortwährend für die Behandlung der Phosphorvergiftung mit Terpentinöl eingetreten, während die deutsche Litteratur im Grunde genommen von dieser Behandlung nichts Rechtes wissen wollte. Er hat aber doch, wie es scheint, Recht gehabt, denn die F.'sche Arbeit bestätigt seine Ansichten durchaus.

F. zeigt, dass beim Kontakt von Phosphor mit O-haltigem Terpentinöl 2 wohlcharakterisirte Verbindungen entstehen, die von der unterphosphorigen Säure sich ableiten und die Formeln $PH(C_{10}H_{15})_2O_2$ und $PH_2(C_{10}H_{15})O_2$ haben. Von der erstgenannten Säure hat früher schon Rommelaere nachgewiesen, dass sie kein Gift ist und selbst in größeren Dosen genossen werden kann. F. hat aber auch von der zweiten phosphorreicheren Säure nachgewiesen, dass sie bei Hunden in Dosen bis zu 2 gr oft ohne alle Giftwirkung ist.



Die Köhler'sche Methode der Behandlung der Phosphorvergiftung ist also sehr rationell.

7) De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pure et de son emploi dans le traitement curative de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phthisie pulmonaire.

(Bulletin de l'acad. de méd. de Belgique 1881. p. 771.)

Felix glaubt durch Beobachtungen an 150 Brustkranken gefunden zu haben, dass Phosphor ein Specifikum gegen chronische Bronchitis, Tuberkulose und Emphysem sei. Besonders soll sich das Körpergewicht dabei schnell heben.

Ref. bezweifelt den Nutzen bei Lungenkrankheiten sehr stark.

8) **J. C. Thorowgood.** Observations on the use of hypophosphites in the treatment of phthisis pulmonalis.

(The british medical journal 1882. Juli 1. p. 11.)

Woehler und Frerichs haben den Satz aufgestellt, dass die niedrigen Oxydationsstufen des Phosphors denen des Arsens sehr ähnlich seien in Bezug auf ihre Wirkungen. Aus diesem Grunde werden noch jetzt fortwährend Anstrengungen gemacht, gewisse Salze des Phosphors in den Arzneischatz einzubürgern, so namentlich das unterphosphorigsaure Natron. Dieses Salz ist aber, wie schon vor mehr als 25 Jahren exakt nachgewiesen ist, absolut wirkungslos; insonderheit kommt ihm, auch wenn man es selbst in den größten Dosen ins Blut spritzt, keine einzige der Wirkungen zu, welche den Phosphor als solchen oder die arsenige Säure charakterisiren.

Ref. kann hinzufügen, dass er selbst das Natron subphosphorosum als absolut unwirksam bei diesbezüglichen Versuchen erkannt hat. Er überlässt es daher der Leichtgläubigkeit der Leser, an Th.'s Beobachtungen zu glauben, der von den Hypophosphiten eben so wie sein Freund Eustace Smith bei chronischen Lungenerkrankungen stets ausgezeichnete Erfolge gesehen hat. **Kobert** (Straßburg i/E.).

---

445. **M. Hofmeier.** Beitrag zur Lehre vom Stoffwechsel des Neugeborenen und seine Beeinflussung durch die Narkose der Kreißenden.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX. Heft 3.)

Gleich Martin und Ruge, welche den Stoffwechsel der Neugeborenen durch Untersuchungen des Nierensekretes zu erforschen trachteten, beschäftigte sich auch Hofmeier ausschließlich mit Harnanalysen. Dieselben erstrecken sich auf 34 unter möglichst normalen Verhältnissen geborene Kinder beiderlei Geschlechts, denen zum größten Theil der Urin durch den Katheter entzogen wurde.

Die Resultate der Untersuchungen stehen im Großen und Ganzen mit denen Martin's und Ruge's in Übereinstimmung. Die Urinmenge steigt vom 1. bis zum 10. Tage auf das Sechsfache, seine



Farbe wechselt; vom 1. bis 3. Tage wird sie dunkler und hellt sich dann wieder auf; eben so ist die Reaktion erst neutral oder schwach sauer (nie alkalisch, wie M.-R. u. A. gefunden), wird während der ersten Lebenstage stark sauer, um dann wieder zu seiner Anfangsreaktion zurückzukehren. Auch das specifische Gewicht nimmt gerade in den ersten 3 Tagen enorm zu, fällt aber wieder langsam, die relativen Harnstoffmengen steigen während der ersten 4 Tage auf das mehr wie 14fache, gehen jedoch bis zum 10. Tage auf die Hälfte der erreichten Höhe herab. In gleicher Weise und in den gleichen Zeitabschnitten wird die Ausscheidung der Harnsäure und die Menge der daraus bestehenden Infarkte vermehrt, parallel mit Infarkt und dadurch bedingt geht eine regelmäßig beobachtete Albuminurie. Auch hier liegt der Kulminationspunkt am dritten Tag, von wo ab Infarkt und Eiweiß allmählich verschwinden. Phosphate und Sulphate schließlich erscheinen im Urin der ersten 3 Tage gegen später in bedeutend vermehrten Quantitäten. Nimmt man hierzu die Thatsache, dass das Kind in den ersten Lebenstagen an Gewicht verliert, erst am 10. sein ursprüngliches Gewicht wieder erreicht, und stellt man alle diese Beobachtungen zusammen, so hat man den Ausdruck für »die Revolution ohne Gleichen während des gesammten intra- und extraperitonealen Lebens, der überhaupt nur noch die Zeugung und der Tod etwa gleichen«. Mit einem Schlage übernimmt der Organismus, wenn er geboren ist, eine enorme Arbeitslast (Athmung, Ernährung, erhöhte Wärmeproduktion), für deren Bewältigung ihm nicht gleich genügende Nahrung geboten wird, so dass er auf eigene Kosten leben muss. Die Folge davon ist die Gewichtsabnahme; die vermehrte Harnstoffausscheidung, die im Widerspruch zu den Lehren der Physiologie steht, zeigt, wie elementar die neuen Oxydationsvorgänge hereinbrechen auf den widerstandslosen Organismus.

Die Beobachtungen und Schlüsse aus diesen ersten Untersuchungen gewannen nun noch eine werthvolle Bestätigung durch andere, welche Aufklärungen bringen sollten über die Veränderungen, welche der Stoffwechsel bei Neugeborenen durch die Narkose der Mütter erleidet. Es zeigte sich zunächst, dass das in den mütterlichen Organismus eingeführte Chloroform bei dem Kinde eine Steigerung und Beförderung der auch sonst beobachteten ikterischen Erscheinungen verursacht, und dass damit Hand in Hand geht eine erhebliche Vermehrung der absoluten Harnstoffabscheidung, die überdies schon am zweiten Tage ihr Maximum erreicht. Dazu sieht man Erhöhung der Menge der abgeschiedenen Harnsäure, Vermehrung der harnsauren Infarkte und dem entsprechend häufigeres Erscheinen von Eiweiß, rothen Blutkörperchen und Pigment im Urin. Zu gleicher Zeit wird auch die gewöhnliche Gewichtsabnahme des Kindes bedeutender. Alles in Allem also ein »gegen die Norm noch erhöhter akuter Zerfall von Eiweißstoffen des kindlichen Organismus, stets in Begleitung mehr oder weniger erheblicher ikterischer Erscheinungen«. Es ist kaum zu



bezweifeln, dass dieser Ikterus hämatogen ist, dass das Chloroform also, eben so wie beim Erwachsenen, so auch intra-uterin Blutkörperchen zerstörende Eigenschaften besitze. Verf. schließt, dass das Stroma der zerstörten Blutkörperchen ebenfalls oxydirt wird und dies die Ursache für die erhöhte Ausscheidung der N-Oxydationsprodukte namentlich am zweiten Tage sei. Es ist evident, dass diese Thatsachen auch bezüglich der Frage von der Entstehung des Icterus neonatorum von Belang sind. **Karewski** (Berlin).

---

446. **M. Hofmeier.** Die Gelbsucht der Neugeborenen. (Eine klinisch-physiologische Studie.)

(Separatabdruck aus der Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. VIII. Hft. 2.)

Den seit vielen Jahren von zahlreichen Autoren geführten Streit über den hepatogenen oder hämatogenen Ursprung der Gelbsucht der Neugeborenen sucht H. auf ganz anderem als dem bislang geführten Wege zu entscheiden. Er hat den Stoffwechsel ikterischer und nicht ikterischer Kinder in einem Theil der Ausscheidungsprodukte untersucht und fand zunächst, dass sich zwischen dem Ikterus und der während der ersten Lebenstage eintretenden Gewichtsabnahme ein Zusammenhang nachweisen lässt. Der Gewichtsverlust, welcher ausschließlich auf Kosten des neugeborenen Organismus erfolgt, ist bei Ikterus stärker als sonst. Ferner zeigt sich bei ikterischen Kindern während der ersten 9 Lebenstage eine außerordentliche Vermehrung der Harnstoffausscheidung und der Harnsäurebildung. Häufiger als bei gesunden Kindern kommt auch der Harnsäureinfarkt und dessen Begleiterscheinung, die Eiweißausscheidnng vor. Konstant findet man mehr oder weniger gelben Farbstoff im Urin der Ikterischen. So hochgradige Stoffwechselstörungen können nun nach des Verf.s Ansicht nicht durch kleine Mengen in das Blut übergetretener Galle veranlasst werden, eben so wenig durch lokale Cirkulationsstörungen. Der Icterus neonatorum ist ihm vielmehr eine Theilerscheinung der Veränderung des Gesammtstoffwechsels der ersten Lebenstage. Die gesteigerten Ansprüche an den Organismus für zum Theil ganz neue, zum Theil erhöhte Funktionen führen bei unzureichender Nahrung dazu, dass er in einem Stadium auf Kosten seines eigenen Eiweißes leben muss. Beweis dafür ist die fortgesetzte Gewichtsabnahme zu gleicher Zeit mit einer erhöhten Ausscheidung der Eiweißspaltungsprodukte. Je länger und intensiver diese Processe dauern, ein um so höherer und stärkerer Zerfall rother Blutkörperchen tritt ein, bedingt durch den Verbrauch des Eiweiß, des Blutplasmas und durch die Athmung. Die Produkte des excessiven Blutkörperchenzerfalls führen gleichzeitig mit der durch den Beginn der Darmthätigkeit gesteigerten Leberthätigkeit eine sehr pigmentreiche Galle herbei. Die Folge dieses Vorganges ist ein Übertritt von Galle in das Blut, begünstigt vielleicht durch gewisse anatomische Verhältnisse der Abflusskanäle.



Während der erste Theil der Arbeit, der die Stoffwechseluntersuchungen umfasst, durch reichliche Untersuchungen wohl begründet ist, kann Ref. es nicht verhehlen, dass der letzte Theil wesentlich als eine, wenn auch geistreiche, Hypothese auftritt.

Edinger (Gießen).

---

447. **M. Krishaber.** Du goître épidemique. Über epidemischen Kropf.

(Annales des maladies de l'oreille du larynx etc. 1882. No. 3.)

Der Name des »epidemischen Kropfes« ist zur Bezeichnung von bei einer großen Anzahl unter gleichen Lebensbedingungen befindlicher Personen plötzlich und gleichzeitig auftretenden Anschwellungen der Schilddrüse bestimmt. Das fast ausschließliche Vorkommen dieser Affektion in Ländern, wo der Kropf sonst »endemisch« ist, hat von jeher den Gedanken nahe gelegt, dass der »epidemische Kropf« eine Varietät des »endemischen« ist, während alle anderen außerdem in Betracht kommenden Ursachen nur die Rolle von unterstützenden ätiologischen Momenten spielen. Demgemäß kehren bei Betrachtung der 34 in dem Zeitraum von 1780—1873 in Frankreich beobachteten Epidemien unaufhörlich die Namen derselben Städte wieder, und es sind Briançon, Clermont-Ferrand, Colmar, Neuf-Brisach, Besançon und einige andere die am häufigsten betroffenen, so Briançon von 12, Clermont-Ferrand von 8 Epidemien.

Im Ausland ist die Affektion wenig bekannt; nur Hancke (Hufeland's Journal 1838) berichtet über 380 bairische Soldaten, von denen nach einmonatlichem Aufenthalt auf Fort Silberberg 100 an akuter Schilddrüsenanschwellung erkrankten.

Das Hauptkontingent zur Erkrankung stellen kräftige junge Leute, Kinder unter 10 Jahren sind meist verschont; während die Eingeborenen solcher Kropfgegenden, ähnlich wie in Malariadistrikten, eine mehr oder weniger vollständige Immunität erlangen, ist die Empfänglichkeit von Neuankommenden eine sehr große, wie man sich bei Rekruten, welche in von Epidemieen heimgesuchte Garnisonen kommen, wiederholt überzeugt hat.

Obgleich die Erkrankung meist im Frühling und Sommer auftritt, ist die Bezeichnung goître estival nicht exakt, da auch im strengsten Winter Epidemien (z. B. in Briançon im Jahre 1850 und 1863) beobachtet worden sind; es kann bei den einzelnen Epidemien $^1/_5$ oder selbst $^1/_3$ der zusammenlebenden Individuen erkranken.

Die von anderen Autoren als Hilfsursachen für das Auftreten der Epidemien herangezogenen Momente, wie Erkältungen, herbeigeführt z. B. durch kaltes Trinken bei erhitztem Körper, jähe Temperaturwechsel, unzureichende Nahrungszufuhr, weist Verf. als nicht von Belang zurück und stellt nur einen Faktor als für die Ätiologie wesentlich in Betracht kommend hin, wie er in dem aus dem Boden der Kropfgegenden sprudelnden Wasser ge-



geben ist; als Beweise dienen die zahlreichen Beispiele, in denen Individuen, welche sich des Trinkwassers enthielten, bei Kropfepidemien verschont geblieben sind.

Die Art des epidemischen Auftretens der Erkrankung hat die Vermuthung, dass es sich um eine durch ein Contagium animatum herbeigeführte Infektionskrankheit handelt, nahe gelegt, ohne dass bisher ein exakter Beweis für diese Annahme erbracht worden wäre; Beispiele von direkten Übertragungen des Krankheitsprocesses von Person zu Person liegen noch nicht vor, im Gegentheil sind alle derartigen Versuche bislang gescheitert. Einen Vergleich der Erkrankung mit epidemischer Parotitis und Orchitis, wie er von anderer Seite angestellt worden ist, hält K. für nicht zulässig.

Die pathologische Anatomie der Erkrankung fehlt; 2 Sektionsbefunde von Colin und Lebert haben keinerlei charakteristische Befunde ergeben, auch nicht an der Schilddrüse.

Die Affektion tritt meist schmerzlos ein und wird von den Pat. an der sich einstellenden Unmöglichkeit, ihre Kleidungsstücke am Halse zuzuknöpfen, gewöhnlich zuerst erkannt. Entweder ist die Schilddrüse in ihrer ganzen Ausdehnung befallen, oder wenn nur partiell, der rechte Lappen häufiger als der linke; die Erkrankung verläuft fieberlos und meist ohne anderweitige Gesundheitsstörungen. Einzelne Beobachter wollen indess durch Schwellung der Schilddrüse bedingte Kompression der Nachbarorgane bemerkt haben und beziehen hierauf die folgenden, zuweilen konstatirten Symptome: Rauhigkeit der Stimme, Stridor, Schlingbeschwerden, Gesichtsröthung.

Die Dauer der Einzelerkrankung variirt in den einzelnen Epidemien und wird von verschiedenen Beobachtern auch verschieden angegeben; im Mittel scheint sie 15—21 Tage zu betragen; die Dauer der ganzen Epidemie schwankt zwischen 2—6 Monaten, wobei unter Umständen im Winter sich einstellende Remissionen mit im Frühjahr auftretenden Exacerbationen abwechseln können.

Heilung ist die Regel, doch sind auch Übergänge in ein mehr chronisches Stadium gesehen worden.

Therapeutisch empfiehlt sich, wo nicht Entfernung der Kranken aus dem »pays goîtrigène«, so wenigstens absolute Abstinenz vom Trinkwasser in diesen Gegenden. Alle den Organismus schwächenden und dadurch die Disposition zu Erkrankungen im Allgemeinen erhöhenden Momente, wie Erkältungen, mangelhafte Ernährung, unhygienisch angelegte Wohnungen und speciell Schlafräume sind möglichst zu vermeiden. Gegen den einmal bestehenden Kropf empfiehlt sich der innerliche wie äußerliche Gebrauch des Jod in seinen verschiedenen Präparaten (Jodkalium, Jodeisen, Jodtinktur). Bei sehr akut auftretenden Anschwellungen lokal Eis, kalte Duschen.

Eugen Fränkel (Hamburg).



448. **W. Ebstein.** Über die Natur und Behandlung der Gicht.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1882. 180 Seiten mit 5 Tafeln in Farbendruck.

In der vorliegenden Schrift hat E. unsere bisherigen Kenntnisse über den gichtischen Process durch anatomische und experimentelle Untersuchungen wesentlich erweitert. Er führt darin vor Allem den Nachweis, dass der bekannten Ablagerung von krystallisirten Uraten in den einzelnen Organen stets eine Nekrose des Gewebes vorausgeht, welche sich charakterisirt durch Untergang aller normalen Struktur und Textur, Schwund der Zellen und Kerne und Umwandlung des Gewebes in eine homogene, strukturlose Masse, welche sich meist scharf gegen die Umgebung abgrenzt. An gefärbten Präparaten zeigte sich, dass im Nekroseherde etwa noch vorhandene Kerne ihre Färbbarkeit eingebüßt haben. Eben so lässt sich durch die Untersuchung im polarisirten Licht bei denjenigen Geweben, welche das Licht doppelt brechen (hyaliner Gelenkknorpel, Sehnen), der Verlust dieser Eigenschaft innerhalb der nekrotisirten Partien nachweisen. Neben solchen fertigen Nekroseherden finden sich Stellen, an denen noch Reste der Struktur der Zellen und tingirbare Kerne vorhanden sind, was darauf schließen lässt, dass sich die Umwandlung bisweilen allmählich vollzieht; E. bezeichnet diese Stellen als nekrotisirende Herde. Die Ablagerung krystallisirter Urate findet nun, wie E. nachweist, nur an solchen Stellen Statt, wo das Gewebe wirklich abgestorben ist; niemals fand er Urate außerhalb dieser Herde. Er hält also die Nekrotisirung des Gewebes mit sekundärer Ablagerung von harnsauren Salzen für das Typische bei der Gicht und bezeichnet diese Herde als typische Gichtherde. Es finden sich dieselben bei der Arthritis uratica des Menschen in der Niere, im hyalinen Gelenkknorpel, im Faserknorpel, in der Sehne und im intermuskulären und subkutanen Bindegewebe.

Was speciell die Nieren anbetrifft, so können dieselben beim gichtischen Process ganz gesund bleiben oder auch in jeder beliebigen Weise und zwar besonders häufig an chronischer interstitieller Nephritis (Schrumpfung) mit oder ohne Ablagerung von krystallisirten Uraten in den Harnkanälchen, erkranken. Als typische Gichtniere ist dagegen nach E. nur diejenige zu bezeichnen, bei welcher sich die geschilderten Nekrosenherde mit den aus krystallisirten Uraten und reaktiver Entzündung in der Umgebung nachweisen lassen. Die meisten derselben sitzen in der Marksubstanz der Nieren, doch kommen sie auch in der Rindensubstanz vor und scheinen hier vorzugsweise die Malpighi'schen Körperchen zu befallen. Bei der amyloid entarteten Gichtniere ist bemerkenswerth, dass nach E.'s Erfahrungen in der Umgebung der Herde die Amyloidreaktion bei Anwendung der gebräuchlichen Reagentien nicht eintritt. Im Gichtknorpel der Gelenke hat E. niemals Amyloidentartung nachweisen können. Hier unterscheidet sich der Process auch noch dadurch von den Gichtherden der Niere, dass sich in der Umgebung der nekrotisirten Knor-

pelpartien niemals eine Rundzellen-Infiltration findet; es kommt nur zu Reizungsvorgängen in den zelligen Elementen des Knorpels, welche in Wucherung derselben bestehen. Die Gichtherde im Faserknorpel, in den Sehnen und im lockeren Bindegewebe sind in der Regel durch große Dichtigkeit der Uratablagerungen ausgezeichnet, gleichen aber im Übrigen vollkommen den oben beschriebenen.

Bezüglich der Frage des Vorkommens von Gicht bei Thieren weist E. an der Hand der einschlägigen Litteratur nach, dass gichtische oder der Gicht ähnliche Processe bei Hunden, Schweinen (Suanin, Virchow) und namentlich bei Vögeln und Reptilien beobachtet worden sind. Seine eigenen Versuche, künstlich bei Hühnern theils durch Unterbindung der Harnleiter, theils durch subkutane Injektion von neutralem chromsaurem Kali (welches die absondernden Nierenepithelien zum Absterben bringt) Uratablagerungen im Körper zu erzeugen, hatten einen positiven Erfolg, jedoch nur bei der letzten Methode; die Ureterenunterbindung, obwohl mit antiseptischen Kautelen ausgeführt, überlebten die Thiere meist nur 24 Stunden, die subkutane Einverleibung chromsaurer Salze (0,1 pro die) dagegen bis zu einem Monat und darüber. Bei den Hühnern der letzteren Kategorie fanden sich nekrotische und nekrotisirende Herde mit reichlichen krystallinischen Uratniederschlägen in der Leber, und zwar hier am reichlichsten, im Myocardium und in den Nieren. Außerhalb dieser Herde waren Urate nicht aufzufinden. Am Herzfleische ließ sich wiederum innerhalb der nekrotisirten Partien (nach Lösung der Urate) der Verlust der Doppelbrechung im polarisirten Licht nachweisen. Oftmals wurde auch reaktive Entzündung in Form kleinzelliger Infiltration in der Umgebung der Uratdeposita gefunden. E. hält somit diese künstlich erzeugten Herde mit den Gichtherden des Menschen für identisch.

Das Wirksame bei dem Zustandekommen der gichtischen Veränderungen ist nach E. die das Gewebe diffundirende Harnsäure, die ja im Harn der Vögel die Hauptmasse bildet und stets im Bereich der Herde nachzuweisen ist. Außerdem gelang es E., sich von der toxischen Wirkung derselben auf die Gewebe direkt zu überzeugen. Er injicirte nämlich chemisch reine Harnsäure als Schüttelmixtur oder in phosphorsaurem Natron gelöst in die Hornhaut von Kaninchen und sah danach Infiltration mit Hinterlassung einer Narbe (Leukom) entstehen, während die gleichen Injektionen von Harnstoff, Xanthin, Guanin, Kreatin, Kreatinin und Hippursäure diesen Effekt nicht hatten. In anderen Geweben, z. B. im Peritonealsack, im Ohrknorpel, in der Niere und der vorderen Augenkammer machte die Harnsäure nur leichtere Reizerscheinungen. Es lässt sich daraus schließen, dass die einzelnen Gewebe eine verschiedene Resistenz gegen diese Noxe besitzen.

Aus den klinischen Betrachtungen des Verf.s, bezüglich deren wir auf das Original verweisen, heben wir nur hervor, dass E. die primäre Gelenkgicht und die primäre Nierengicht unter-



scheidet. Die erstere ist die bei Weitem am häufigsten vorkommende Form der Gicht, bei derselben können, selbst wenn sie hohe Grade erreicht, die Nieren bis an das Ende des Lebens gesund bleiben. Jedenfalls erkranken die Nieren weit später als die Gelenke. Die Ursache dieser Form der Gicht ist nach E. in den kranken Extremitäten selbst und zwar in perverser Harnsäurebildung in den Muskeln und dem Knochenmark derselben zu suchen, wofür eine Reihe von Argumenten angeführt werden. Ursprünglich ist der gichtische Process immer ein lokaler; zu generalisirter Gicht (»generalisirter Harnsäurestauung«) in anderen Gelenken, auf Schleimhäuten, im Auge, auf der Haut und in den Nieren kommt es erst später, und zwar um so eher, je frühzeitiger und ausgedehnter die Nieren in Folge von chronischer interstitieller Nephritis zu veröden anfangen. Als primäre Nierengicht bezeichnet E. diejenigen Fälle, in welchen zuerst die Nieren erkranken und andere Organe, besonders die Gelenke, erst sekundär und gewöhnlich in geringerer Ausdehnung befallen werden. Die Diagnose stützt sich auf später etwa auftretende Gichtanfälle. Klinisch verlaufen diese Fälle unter dem Bilde der chronischen Nephritis; bei der Sektion findet man dann die typischen Gichtherde. Übrigens auch beim gewöhnlichen Morbus Brightii kann, wie Beobachtungen von Lancereaux und Buhl beweisen, Gelenkgicht auftreten, und bildete hier sogar nach Buhl eine nicht seltene Komplikation. (Danach dürfte die klinische Diagnose der primären Nierengicht eine recht schwierige sein.)

Den Schluss des Buches bilden Grundsätze über die Behandlung der Gicht. In diätetischer Hinsicht empfiehlt E., »dem Gichtiker das Fleisch und die entsprechende Menge von Fett zu gestatten, die Kohlenhydrate aber auf ein Geringes zu beschränken«. Alkoholica (Wein) in mäßiger Menge, Bier ist ganz zu meiden. Die sonstige Behandlung ist die übliche. **A. Hiller** (Berlin).

---

449. **Gerhardt.** Über arsenikale Muskelatrophie.

(Sitzungsbericht der Würzburger physiologisch-medicinischen Gesellschaft 1882.)

G. berichtet über zwei Fälle, die erweisen, dass die arsenikale Muskelatrophie zu einer gewissen Zeit ihres Bestandes täuschend das Bild der progressiven Muskelatrophie von Duchenne und Aran vorstellen kann.

I. Eine 28jährige Frau wurde von ihrem Mann mit Arsenik vergiftet (gerichtlich festgestellt). 3 Wochen nach dem Krankheitsbeginn stellten sich Schmerzen in Händen und Füßen, Pelzigsein und Ameisenkriechen ein, das Tastgefühl ging verloren, und in weiteren zwei Wochen bestand völlige Lähmung der Extremitäten, und weiterhin folgte bedeutende Abmagerung.

Nach Ablauf von drei Monaten Nachlass der Schmerzen, das Tastgefühl stellte sich wieder ein.



Pat. bot bei ihrem Spitaleintritt völlig das Bild der progressiven Muskelatrophie dar. Die faradische Erregbarkeit an einer Reihe von Muskeln herabgesetzt, an anderen erhalten, die galvanische Erregbarkeit durchweg vermindert oder aufgehoben.

Sensibilität ungestört.

Im Laufe eines Jahres erholte sich Pat. vollständig, bis auf leichte Beugung der Finger und einige Ungeschicklichkeit der Bewegungen funktionirten die Muskeln wieder normal.

Bei einem II. Fall, einer 41jährigen Tünchersfrau, war die Ursache der Erkrankung weniger klar. Pat. hatte sich früher viel mit Tücherknüpfen und Filetstricken beschäftigt, wobei Wolle verarbeitet wurde, die mit den verschiedensten Anilinfarben gefärbt war.

Die Krankheit begann 2 Jahre vor dem Spitaleintritt mit Schmerzen in den verschiedensten Gelenken, Kältegefühl im linken Arm, Zuckungen an einzelnen Muskeln, Abmagerung erst der linken, später der rechten Hand, weiterhin sämmtlicher Extremitätenmuskeln.

Auch diese Kranke bot das Bild der progressiven Muskelatrophie dar. Nur bestand am linken Unterschenkel und am linken Fuß hochgradige Anästhesie und Analgesie.

Faradische Erregbarkeit theils herabgesetzt, theils erloschen. Galvanische Erregbarkeit überall herabgesetzt. Es nahm unter entsprechender Behandlung das Volumen einzelner Muskeln zu, allein ein Decubitus, den Pat. schon mit hereingebracht hatte, breitete sich immer mehr aus und führte schließlich zum Tode.

Die chemische Untersuchung des Harns hatte einen deutlichen Arsenspiegel ergeben, damit war die Diagnose gesichert, dass es sich um eine Metallvergiftung handelte, die sich Pat. wahrscheinlich durch Beschäftigung mit den arsenhaltigen Anilinfarben zugezogen hatte.

Seifert (Würzburg).

---

450. **G. Ballet.** Pseudo-scarlatine et Pseudo-Rougeole éruptions scarlatiniforme et Rubéoliforme au cours d'états infectieux. Scharlach- und masernförmige Ausschläge im Verlauf von Infektionserkrankungen.

(Archives génerales de médecine 1882. Sept. p. 272.)

Im Verlauf einer Urethralblennorrhoe bei einem Manne trat fast 2 Monate nach der Infektion eine Orchitis auf, an welche sich nach weiteren 4 Wochen unter Erscheinungen einer akuten Infektionskrankheit ein eigenthümlicher Exanthemausbruch anschloss. Die Temperatur stieg bis 40,5, fiel am andern Tage auf 39,5 und war am 6. Tage normal. Mit dem Beginn des Temperaturabfalles am 4. Tage zeigte sich auf dem Abdomen der Vorderfläche des Thorax ein typisches Scharlachexanthem. An den Extremitäten war das Exanthem weniger ausgedehnt und charakteristisch, mehr wie für ein Masernexanthem. Die Erscheinung bestand 24 Stunden und folgte



einer Desquamatio furfurosea ohne Betheiligung des Handtellers und der Fußsohle. 6 Tage nach Beginn der Erkrankung war Pat. völlig Rekonvalescent. B. bezieht diese Beobachtung, welche er auf Grund des eigenthümlichen Verlaufes als Pseudoscarlatina bezeichnet, auf eine allgemeine Infektion in Folge maligner Blennorrhoe.

Der zweite Fall betrifft eine 26jährige junge Frau, welche 14 Tage nach der Entbindung, nachdem das Wochenbett bis dahin völlig normal gewesen, plötzlich eine Lungenembolie erlitt, an welche sich ein pleuritischer Erguss anschloss (blutiges Sputum bestand ca. 14 Tage, der Erguss ca. $3^1/_2$ Monate). Im Verlauf dieser Zeit, ca. $2^1/_2$ Wochen nach der Entbindung, entstand an der linken Mamma eine circumscripte Phlegmone, welche nach Incision heilte. 11 Tage später, als der Abscess nahezu geheilt, das Exsudat in Resolution begriffen war, trat ein Fieberanfall auf mit Schnupfen und Thränen der Augen und wurde am folgenden Tage auf dem linken Arm ein Masernexanthem beobachtet, das bis zum Abend sich über den ganzen Körper erstreckte. Das Exanthem bestand 24 Stunden und verschwand am folgenden (3.) Tage. An diesem selben Tage aber trat Abends ohne irgend nachweisbare Ursache unter heftigem Jucken eine Urticaria-Eruption auf am linken Vorderarm, Gesicht und unteren Extremitäten. Während 3 Tagen wiederholte sich dieser Urticaria-Ausbruch jeden Abend und verschwand dann unter völliger Genesung der Pat. B. reiht diesen Fall den mehrfach beobachteten puerperalen Exanthemen an, trotzdem die Beobachtung in eine bereits vorgerücktere Zeit nach dem Puerperium fällt, und bezeichnet ihn als Pseudo-Morbillen, indem er, abgesehen von dem atypischen Verlaufe, dem Auftreten im Anschluss an eine entschieden puerperale Erkrankung, nachweisen konnte, dass Pat. bereits in der Jugend Masern absolvirt hatte.

Lorent (Bremen).

---

451. **S. A. Gibson.** The Cephalic Murmur. Blutgeräusche am Kopf.

(The Birmingham medical review 1882. Oktober.)

Verf. greift aus einem größeren Material fünf typische Fälle von Erwachsenen, die mit diesem Symptom behaftet waren, heraus. Das Symptom trat bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen auf — Struma, Chlorosis, Menorrhagie, Hämorrhoiden und Carcinom — alle Pat. hatten jedoch das Gemeinsame, dass sie anämisch waren. Am deutlichsten ist das Geräusch über der Orbita, dem Processus mastoideus und der Protuberantia occipitalis; der Charakter ist systolisch blasend, etwas gegen den Carotispuls verspätet. Wenn es nicht schon an der Orbita am lautesten ist, so erreicht es seine größte Intensität immer in der Gegend des Hinterhaupts. Es ist immer gleichzeitig Bruit de diable zugegen, am Herz kann systolisches Geräusch zugleich sein oder fehlen. Verf. fasst das Geräusch als Venengeräusch auf, eben so wie man die anämischen Venengeräusche am Hals



auffasst, der systolische Charakter rührt von einer plötzlichen Beschleunigung her, die der Venenstrom in der Schädelhöhle während der Systole erhöht. Die Punkte der größten Intensität entsprechen dem Verlauf des großen Sinus und dicken Knochenschichten, die den Schall besser leiten, daher die lauteste Stelle auf der Protuberantia occipital über dem Forcular therophili. Auch bei Kindern nimmt Verf. Konstitutionsanomalien mit anämischer Blutbeschaffenheit an.

Ludwig (London).

---

452. **Schuchardt** (Bonn). Über Gewichtsveränderungen nach epileptischen Anfällen.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)

Zur Prüfung der Ergebnisse Kowaleski's (Arch. für Psych. Bd. XI) in dieser Frage nahm Sch. in der Provinzial-Irrenanstalt zu Andernach an 6 Epileptikern 1 Jahr lang jede Woche und nach jedem Anfall Wägungen vor; eben so bei 10 männlichen und 1 weiblichen Epileptischen 16 Tage lang täglich und nach jedem Anfall; sodann zur Vergleichung bei einem Fall von progressivem Blödsinn, einem chronischen Alkoholisten mit periodischen Tobsuchtsanfällen und 3 Geistesgesunden. Nach specieller Ausführung der einzelnen Fälle kommt S. zu dem unzweifelhaften Schlusse, dass die epileptischen Anfälle keinen Einfluss auf das Körpergewicht ausüben; denn meist war das Gewicht nach dem Anfall wie vor demselben dasselbe, oder es war sogar etwas höher; Gewichtsverluste kamen äußerst selten zur Beobachtung und stets nur minimale, die sich auf Stuhl- und Urinentleerung zurückführen lassen, mit Ausnahme von zwei Fällen, in welchen aber mehrere Tage keine Nahrung genommen wurde. In den Anfallzeiten wie auch in den anfallsfreien Zeiten zeigte das Körpergewicht geringe Tagesschwankungen, wie diese aber auch bei anderen Kranken und bei Geistesgesunden vorkommen. Der Gewichtsverlust nach Anfällen ist demnach kein sicheres Symptom der Epilepsie. (Cf. dieses Centralblatt p. 230 u. 334, III. Jahrg.)

Oebeke (Endenich).

---

453. **S. Th. Stein** (Frankfurt a/M.). Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers. Elektrotechnische Beiträge zur ärztlichen Behandlung der Nervenschwäche (Nervosität und Neurasthenie), so wie verwandter allgemeiner Neurosen.

Halle a/S., 1882. 72 Seiten.

Der erste Theil dieser Monographie behandelt die allgemeine Faradisation und Galvanisation des menschlichen Körpers. Verf. führt die Wirkung der allgemeinen Faradisation auf eine »molekular-mechanische« (im Gegensatz zur »elektrisch-dynamischen«) Beeinflussung der



gesammten Körperoberfläche, »auf eine regulirende Veränderung einer für uns auf unbekannten Ursachen beruhenden Irregularität der molekularen Bewegungen im Nervensystem« zurück. Zur Ausübung dieser Methode sind Induktionsapparate von vorzüglicher Mechanik erforderlich, welche den während der Sitzung häufig erforderlichen Wechsel der Stromstärke und der Stromunterbrechungen ermöglichen. Es werden verschiedene solche Apparate mit Unterbrechungsvorrichtungen von Onimus, Trouvé und Stöhrer beschrieben und illustrirt, weiterhin der vom Verf. zur allgemeinen Galvanisation gebrauchte Apparat mit 50 Calland'schen Elementen, so wie Stöhrer's großer kombinirter elektrotherapeutischer Apparat für Specialisten, endlich eine Stöhrer'sche transportable Batterie, bei welcher die erregende Flüssigkeit durch Schiefstellen des ganzen Elementenkastens mit den Metallen in Berührung gebracht wird. Zum Begehen der ganzen Körperoberfläche bedient sich St. einer als Elektrode dienenden mit Waschleder überzogenen Kohlenrolle (»Elektrotherapeutische Massirrolle«) oder einer sich selbst befeuchtenden Elektrode.

Die von Beard und Rockwell eingeführte Methode der allgemeinen Faradisation hat Verf. bei verschiedenen Leiden in einer vereinfachten Modifikation (s. Original), die allgemeine Galvanisation nur bei Spinalirritation angewandt. Bei länger dauernder, allgemeiner galvanischer Applikation setzt er die Pat. auf seinen »Elektrisirstuhl«, mittels dessen Elektroden an verschiedenen Körperstellen angedrückt werden, ohne dass sie der Operateur in die Hand zu nehmen braucht.

Von 39 Fällen von cerebraler und spinaler Neurasthenie, so wie von neurasthenischen Erkrankungen der sympathischen Nervenkomplexe der Unterleibshöhle und von neurasthenischen Chlorosen, die mit allgemeiner Faradisation behandelt wurden, sind sechs nach verschiedenen Applikationsmethoden behandelte Fälle genauer angeführt zur Kennzeichnung der elektrotherapeutischen Technik. Verf. führt die Neurasthenien auf Erkrankungen des Sympathicus und seiner Geflechte zurück und hält die allgemeine Faradisation für »ein Specificum gegen diese Formen der Angioneurosen«. In 29 Fällen waren die Erfolge positiv, in dreien negativ, sieben entzogen sich zu früh der Behandlung.

Die allgemeine Faradisation oder Galvanisation im elektrischen Bade, von welcher der zweite Abschnitt handelt, ist eine einfachere, nicht zeitraubende und dennoch brauchbare Methode der allgemeinen Elektrisation.

Das faradogalvanische Bad, welches nach St.'s Angaben in einer Frankfurter Badeanstalt eingerichtet worden ist, besteht aus einer hölzernen, doppelwandigen Badewanne, zwischen deren Wandungen an mehreren Stellen die stromzuführenden Kupferplatten angebracht sind. Damit das Wasser mit letzteren in Berührung treten kann, ist die innere Wand mehrfach durchbrochen. Als galvanische Batterie dienen 50 Kupferzinkelemente, wie sie in der deutschen Reichstelegra-



phie gebräuchlich sind, zur Faradisation ein Du Bois-Reymond'scher durch eine Noë'sche Thermosäule getriebener Schlittenapparat. Ferner gehören zur Einrichtung ein Stromwender, {zwei Stromwähler und (zur Applikation außerhalb des Bades) ein Flüssigkeitsrheostat. Mittels dieser Vorrichtungen wird eine gleichzeitige elektrische Umspülung des ganzen Körpers (allgemeine Elektrisation) ausgeführt. Zur lokalen Elektrisation im Wasser wird eine schaufelartige Elektrode (Platten von verschiedener Größe) an einem isolirenden Handgriff gefasst und in mehr oder weniger großer Entfernung von der Applikationsstelle ins Bad eingetaucht. Durch Annäherung und Entfernung dieser Elektrode wird eine Anschwellung oder Abschwellung der Ströme bewirkt. Auch andere Methoden der Applikation (elektrische Massage, elektrische Dusche) lassen sich im Bade leicht ausführen.

Die tonisirenden Wirkungen der Hydro-Elektrotherapie, insbesondere der faradischen, sind folgende: »Besserer Schlaf, rasche und bleibende Wiederkehr des Appetits bei nervöser Dyspepsie, Regelung der Funktionen des Darmkanals, Linderung neuralgischer Schmerzen, Beseitigung der Gemüthsverstimmung, und Zunahme des Körpergewichts durch eintretende bessere Ernährung, so wie als Gesammtresultat der Behandlung die sichtliche Mehrung der Fähigkeit zu geistiger und körperlicher Arbeit.«

Im dritten Theil seiner Monographie bespricht St. die sogenannte Franklin'sche und das elektrostatische Bad. Er führt die Anwendung der allgemeinen Elektrisation des menschlichen Körpers mittels statischer Elektricität zurück auf Franklin's Theorie (1752), nach welcher jeder Körper eine gewisse Quantität elektrisches »Fluidum« besitzt, welches, für gewöhnlich im Zustande des Gleichgewichtes, durch Vermehrung als positive, durch Entziehung als negative Elektricität in die Erscheinung tritt. Durch das sogenannte elektrostatische Luftbad wird nun der Oberfläche des Körpers ($^1/_4$ bis 1 Stunde lang) elektropositive Ladung zugeführt, welche bei Kranken ein äußerst behagliches Gefühl erzeugt, während die negative Ladung in entgegengesetzter Richtung wirkt. Unter Hinweis auf die atmosphärische Beeinflussung der Empfindung nervöser und sensitiver Personen (Unbehagen, Exacerbationen rheumatischer und neuralgischer Schmerzen bei herannahendem Sturm, Gewitter etc.), welche Wislicenus aus einem Umschlag der gewöhnlich positiven atmosphärischen Elektricität in negative erklärt, glaubt St. die (auf der Salpêtrière in Hunderten von Fällen erwiesene) heilende Wirkung der positiven Franklinisation durch eine Wiederkehr des gestörten elektrischen Gleichgewichts im Organismus von Nervenkranken erklären zu müssen, und zwar durch eine »Regulirung der gestörten positiven Spannung«, die nach seinen früheren Untersuchungen normalerweise an der Körperoberfläche vorhanden ist.

Da, wo es sich um lokale Applikation, z. B. Auslösung von Nerven- und Muskelkontraktionen handelt, ist der Induktionsstrom eben so brauchbar; für Hautreize aber ist der statische Unterbrechungs-

strom vorzuziehen, den man auf jeden Körpertheil durch die Kleider hindurch wirken lassen kann; wo es endlich nicht auf lokale Erregungen, sondern auf allgemeine Influenzwirkungen ankommt, ist die Franklinisation durch keinen Induktionsapparat zu ersetzen.

Zum elektrostatischen Instrumentarium, welches Verf. genauer beschreibt und illustrirt, gehört vor Allem eine Influenzmaschine, und zwar entweder eine Holtz'sche und zu deren Erregung eine kleine Elektrisirmaschine mit Leydener Flasche, oder eine selbsterregende Voss'sche Influenzmaschine. Von diesen aus lässt man die Elektricität, je nach der Anwendung verschiedener Nebenapparate, als kontinuirlichen Strom, oder durch Entladungen (elektrostatische Erschütterung) oder als Spitzenwirkung und Ozoninhalation auf den Pat. einwirken, der auf einem Isolirtabouret sitzt. Eine nach des Verf.s Modifikation konstruirte Holtz'sche, so wie die Voss'sche Influenzmaschine besitzen den Vorzug, dass sie selbst bei feuchter Witterung äußerst selten versagen. In einem über die Maschine gestülpten Glaskasten wird übrigens die Austrocknung der Luft durch Chlorkalium besorgt. Zur Erzielung eines geräuschlosen, regelmäßigen Ganges der Influenzmaschine dienen am besten ein Magnet- oder Elektromagnetmotor, ein Wassermotor oder ein Rotationsauftriebmotor von Hahn, deren Beschreibung im Original nachzusehen ist. Natürlich kann der Betrieb auch durch Menschenkraft, oder wo mehrere Apparate gleichzeitig in Gang gesetzt werden, wie in der Salpêtrière (Charcot und Vigouroux), durch Dampf- und Gasmotoren geschehen.

Die auf der Salpêtrière, wo die statische Elektricität seit Jahren mit sechs gleichzeitig angespannten Maschinen angewendet wird, erzielten günstigen Resultate beziehen sich in erster Linie auf allgemeine Neurosen, hysterische und hystero-epileptische Erkrankungen, in zweiter Linie Tremor, Paralysis agitans, Chorea, Epilepsie, Hautanästhesie und gewisse Neuralgien, so wie alle diejenigen Krankheitsformen, welche mittels des faradischen Pinsels behandelt zu werden pflegen. Die Erfahrungen St.'s erstrecken sich theils auf gesunde Individuen, theils auf 23 Nervenleidende, unter denen 9 mit negativem, 14 mit positivem Erfolge behandelt wurden. Es wurden geheilt: 2mal Hysterie, 1mal Epilepsie, 1mal Chorea, 2mal Schlaflosigkeit, 2mal Kopfdruck, 1mal Tremor, 1mal veraltete Ischias, 1mal Tic douloureux, 1mal Anästhesie, gebessert 1mal Chorea, 1mal Schlaflosigkeit, ungebessert blieben 6 Fälle von Neurasthenie, eine Hysterie und zwei Epilepsien. Bei der Neurasthenie hält Verf. daher die Franklinisation für kontraindicirt, andere therapeutische Regeln will er noch nicht aufstellen. Nach Vigouroux' Ausspruch soll die Indikation der Anwendung statischer Elektricität im Allgemeinen dieselbe sein, wie für die Hydrotherapie, die Wirkung der ersteren aber viel rascher eintreten.

Im vierten Abschnitte werden eine Anzahl elektrotherapeutischer Apparate unter besonderer Berücksichtigung ihrer Pflege besprochen. Zum Betriebe von Induktionsapparaten empfiehlt St. neben den



Grennet'schen und Stöhrer'schen Tauchelementen besonders die Noë'sche Thermosäule wegen ihrer Sauberkeit, Einfachheit und Konstanz. Bei Besprechung der galvanischen Apparate beschreibt er das von ihm selbst gebrauchte Trouvé-Calland'sche und das von der deutschen Telegraphenverwaltung verwendete modificirte Meidinger-sche Element. Zu galvanokaustischen Zwecken, und zum Betriebe der Magnetmotoren (und dadurch der Influenzmaschinen), empfiehlt Verf. Bunsen'sche und noch mehr Grove'sche Elemente, bei welchen er zur Vermeidung der salpetrigsauren Dämpfe der Salpetersäure etwas doppeltchromsaures Kali hinzufügt. Den Schluss der Abhandlung bildet die Pflege der Magnetmotoren und Influenzmaschinen.

Stintzing (München).

---

454. **E. Maragliano** (Genua). Über die abkühlende Wirkung der Leiter'schen Röhren.

(Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1882. No. 41.)

Versuche über das Abkühlungsvermögen der Leiter'schen Röhren ergaben:

1) Wenn die Leiter'schen Röhren am Rumpf von vorn und von hinten in einem Umfang von 30—40 cm aufgelegt werden und man darin Wasser von 2—4° C. cirkuliren lässt, so erhält man eine progressive Temperaturerniedrigung derart, dass im Verlauf von 3—4 Stunden die Temperatur der Achselhöhle um 3—4° C. sinkt.

2) Das in den Röhren cirkulirende Wasser kann dabei bis auf 16—18° C. steigen. Die Röhren sind also ein wirkliches Abkühlungsmittel. Doch ist bei ihrer Anwendung große Aufmerksamkeit nöthig, da während derselben die Temperatur stets kontrollirt werden muss, um zu große Temperaturerniedrigungen zu vermeiden.

Kopp (Wien).

---

455. **Emil Pfeiffer** (Wiesbaden). Verschiedenes über Muttermilch.

I. Das Verhalten der Muttermilch gegen verdünnte Säuren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 44.)

Nach Biedert bringen Säuren bei frischer Muttermilch keine Koagulation zu Stande, wie bei Kuhmilch; jedoch beobachtete Biedert bei verschiedenen Versuchen, dass 1—2 Tropfen Verdauungssalzsäure (0,1 % wasserfreier Salzsäure enthaltend), zu $^1/_2$ ccm Frauenmilch hinzugesetzt, dieselbe gerinnen macht. Er glaubt, dass dies nur bei nicht ganz frischer Milch Statt fände. Verf. zeigt, dass auch ganz frische Muttermilch durch verdünnte Salzsäure zur Gerinnung gebracht werden kann; nur ist die Menge der zu gebrauchenden Salzsäure für jede Muttermilch eine andere.

Man versetzt 2 ccm frischer Muttermilch in einem Reagensglas mit 2 Tropfen verdünnter Salzsäurelösung (2,2 g der officiellen Salz-

säure in 100 g Aq. destill.). Darauf bringt man das Röhrchen in ein Wasserbad von 50—55° R. Tritt nach 5 Minuten keine Gerinnung ein, so werden wieder 2 ccm Milch in einem anderen Röhrchen mit 3 Tropfen Salzsäure versetzt, wenn wieder keine Gerinnung eintritt, so wird eine neue Probe mit 4 Tropfen gemacht und so fort, bis die Gerinnung erfolgt. Bisweilen tritt dieselbe erst bei 6 oder 7 Tropfen ein. Ist die zur Gerinnung nothwendige Salzsäuremenge festgestellt, so ist die Temperatur von 50—55° überflüssig, es genügen schon 28° R. Die Menge der Salzsäure kann etwas überschritten werden, jedoch zu viel Säure verhindert die Koagulation. Wie verdünnte Salzsäure verhält sich auch verdünnte Essigsäure (1 Theil koncentrirter Essigsäure auf 50 Theile Aq. destill.). Bei 4 Tropfen auf 2 ccm bei 50° R. tritt gewöhnlich die Koagulation ein. Milchsäure und die anderen Säuren wurden nicht untersucht. Die Versuche wurden mit Milcharten aus allen Perioden des Stillens und von allen Konstitutionen herstammend stets mit demselben Erfolg ausgeführt. Es wurde festgestellt, dass frische Kuhmilch sich gegen die beiden genannten Säuren im Ganzen ähnlich verhält, wie Menschenmilch, d. h. dass bei einem für jede Kuhmilchsorte ganz bestimmten Säurezusatz die Koagulation beginnt, sich bei weiterem Zusatz erhält, und dann wieder verschwindet, indem die Gerinnsel sich wieder lösen. Dadurch wird die Muttermilch in gewisser Beziehung der Kuhmilch wieder angenähert, ferner geht aus den Versuchen hervor, dass Muttermilch im kindlichen Magen auch noch ohne Lab gerinnen kann. Die Menge der zur Gerinnung nothwendigen Säure steht in einem gewissen Verhältnisse zu der Menge des in der Milch vorhandenen Kaseïns.

II. Die quantitative Bestimmung des Kaseïns der Muttermilch.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 45.)

Die bisher ausgeführten Methoden zur Bestimmung des Kaseïns der Muttermilch nach Simon, Taraszkewicz, Biedert lassen eine Scheidung von Kaseïn und Albumin nicht zu, sie bestimmen die Gesammteiweißstoffe der Milch. Verf. giebt eine andere Methode an: Nachdem man gefunden hat, wie viel 0,4%ige Salzsäure 2 ccm Muttermilch im Wasserbade von 50—55° R. gerinnen macht, nimmt man 10 g der Muttermilch und wiegt dieselbe in einem Reagensgläschen auf einer guten Wage. Mit dem Fünffachen der vorher gefundenen Salzsäuremenge werden die 10 g Muttermilch gut gemischt und in das Wasserbad von 50—55° R. gesetzt. In demselben nun nicht mehr geheizten Wasserbad bleiben sie während 20—30 Minuten und erkalten dann während einigen Minuten noch außerhalb desselben vollständig.

Die Gerinnsel sind bei richtiger Füllung in der oberen Hälfte des Röhrchens. Der ganze Inhalt wird nun auf ein gewogenes doppeltes Filter gegossen. Die ersten Tropfen sind gewöhnlich trüb. Escheinen die ersten klaren Tropfen am Trichter, so werden die zu-



erst durchgelassenen trüben wieder in das Reagensröhrchen gebracht und dasselbe zum Abspülen der noch vorhandenen Kaseïnflocken geschüttelt und wieder auf das Filter gebracht. Nachdem Alles abgelaufen, wird das Filter mit 20—25 ccm destillirtem Wasser abgewaschen; die ersten separirt aufgefangenen Tropfen dieses Wassers werden ebenfalls nochmals auf das Filter gebracht. Läuft Alles klar durch, so kann das erste Filtrat und das Waschwasser vereinigt werden. Nachdem auch dies durchgelassen, wird das Filter getrocknet und von Butter durch einen Ätherextraktionsapparat befreit. Der Rest ist das Kaseïn. Die vereinigten Filtrate geben beim Kochen entweder eine Trübung, oder einen flockigen Niederschlag, der filtrirt, ausgewaschen und gewogen werden kann. Ist nur eine Trübung vorhanden, so tritt erst Klärung nach mehrmaligem Durchgießen durch das Filter ein. Dieser Niederschlag ist das Albumin. Gewöhnlich sind in dem letzten Filtrate noch Spuren von Eiweißkörpern gelöst, die durch Fällung mit 2 ccm einer 10%igen Tanninlösung abfiltrirt, ausgewaschen und bestimmt werden können. Ob dieser »Eiweißrest« aus Kaseïn, Albumin, peptonartigen Körpern oder aus allen zusammen besteht, will Verf. nicht entscheiden. Die Methode ermöglicht demnach die Bestimmung des Kaseïns, Albumins, des Eiweißrestes, der Butter, jedes für sich. **Kohts** (Straßburg i/E.).

---

456. **J. Uffelmann** (Rostock). Über eine Frauenmilch, welche sich in der Verdauung wie Kuhmilch verhielt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 45.)

Eine 24jährige junge, vor 11 Wochen zum ersten Mal niedergekommene, etwas anämische Frau fühlte sich durch das Stillen ihres Kindes etwas angegriffen, aber sonst gesund. Sie nimmt täglich in Milch, Mehl-, Eier-, Fleischspeisen ein Eiweißquantum von 160,0 g zu sich und verdaut normal. Das Kind, 4050,0 g schwer, blass, nicht welk, nimmt täglich 5mal die Brust. Trotzdem ist die Verdauung schlecht, die Fäces sind dünn, gelblich, mit Schleimfetzen und Kaseïngerinnsel durchsetzt. Das Kind erbricht fast jedes Mal, nachdem es getrunken. Das Erbrechen besteht, wenn mehr als 20 Minuten vergangen sind, aus mehreren dicklichen Gerinnseln von der Größe einer Erbse oder Bohne, von größerer Konsistenz und klumpiger Beschaffenheit, als sie bei natürlich ernährten Kindern sind. Die Muttermilch ist weiß, weißgelblich, süß, reagirt neutral, nicht rein alkalisch. Das specifische Gewicht beträgt 1038. Sie rahmte leicht beim Stehen auf und wurde rasch sauer, besonders, wenn sie 8 bis 9 Stunden bei 18—20° C. gestanden hatte. Mikroskopisch wurden fast keine punktförmigen aber auffallend viele große Milchkügelchen wahrgenommen, die Fleischmann besonders bei alten, fiebernden, menstruirenden Wöchnerinnen fand. Kolostrumkörperchen waren nicht vorhanden. Die chemische Untersuchung ergab:



Trockenrückstand	von 10 ccm	1,142 =	11,42 %
Proteingehalt	» 10 »	0,261 =	2, 6 %
Fettgehalt	» 10 »	0,380 =	3, 8 %
Zuckergehalt	» 10 »	0,472 =	4, 7 %
Salzgehalt	» 10 »	0,029 =	0,29 %.

Verf. vermischte nun 7,5 ccm Milch mit der gleichen Menge einer 2 % igen Salzsäurelösung und 0,075 Pepsin bei einer Temperatur von 40° C. Schon bei der Mischung fand eine staubförmige Ausfällung Statt; nach 10 Minuten entstanden dicklich käsigweiße Gerinnsel in einer molkenfarbigen Flüssigkeit. Dieselben sind äußerlich nicht von Kuhmilchgerinnsel zu unterscheiden. Erst 3 Stunden nach Beginn des Versuchs waren sie zum Theil aufgelöst. Bei einem zweiten und dritten stellte sich das Nämliche heraus. Die weißlichen Klümpchen der Fäces enthielten Fetttröpfchen, Proteïnsubstanz und viele Kokken. Das Abnorme der Muttermilch charakterisirte sich demnach durch die rasche Säurung und das Verhalten bei der Verdauung. Es muss hier eine Modifikation des Kaseïn vorgelegen haben, denn das dargestellte Kaseïn war nach sorgfältiger Behandlung gelbweiß, schwach sauer, wie Kuhkaseïn. Dies veranlasste wohl die schlechte Verdauung; wodurch jedoch letztere zu Stande kam, konnte Verf. nicht eruiren. Der Kalkgehalt kann nicht die Gerinnung der Milch beeinflusst haben, da derselbe die Norm nur sehr wenig überschritt.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

457. **A. Linnis** (Athen). Du Role de la Dentition dans la Pathologie enfantine.

(Mémoire lu au congrès des médecins hellènes tenu à Athènes en 1882. April.)

Verf. benutzt als Ausgangspunkt seiner Schlüsse die Mortalitätsliste in Athen von Kindern zwischen 0—2 Jahren während der Zeit von 1864—1871 (2662 Todesfälle). Es stellte sich heraus, dass die Mortalität in Folge von Diarrhoen, Konvulsionen, Meningitis, Erkrankungen der Respirationsorgane sich mit jeder semestrellen Periode verminderte, während bei etwaiger Beeinflussung durch die Dentition, wenigstens im 2. und 3. Semester eine Zunahme der Mortalität hätte eintreten müssen. Verf. geht darauf auf seine klinischen Beobachtungen ein. Einen Zusammenhang der Dentition mit Meningitis und Eklampsie hat Verf. nicht feststellen können, er hebt dabei die musterhafte Nüchternheit der Bevölkerung hervor, und bemerkt, dass die Hysterie eine relativ seltene Krankheit in Athen ist. Endlich hebt er noch hervor, dass Helminthiasis in Athen eine seltene Krankheit ist. Alles dieses erklärt mit die geringe Disposition für nervöse Erkrankungen. Einen Zusammenhang der Dentition mit Affektionen der Respirationsorgane konnte Verf. ebenfalls nicht konstatiren. Die Resultate der Studien und Beobachtungen des Verf.s gipfeln in folgenden Sätzen: 1) Die Dentition prädisponirt bei Kindern oft zu Diarrhoen, um jedoch eine schwere Diarrhoe zu erzeugen,

sind zwei andere Ursachen nothwendig, höhere Temperatur der Luft, frühzeitige Entwöhnung, und Ernährung mit unzweckmäßigen Nahrungsmitteln. In einzelnen Fällen ist die akute Stomatitis im Verlauf der Dentition Ursache einer sehr schweren Diarrhoe. 2) Die Dentition scheint in Athen in keiner ätiologischen Beziehung zu Erkrankungen des Nervensystems und der Respirationsorgane zu stehen.

Kohts (Straßburg i/E.).

---

458. **Wernich** (Berlin). Studien und Erfahrungen über den Typhus abdominalis.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. V. Hft. 2.)

(Schluss zu No. 22, p. 307 dieses Centralblattes.)

III. Die Behandlung der Ileotyphen mit Rücksicht auf die Pathogenese des Einzelfalles.

Auf keinem Gebiet der Therapie finden sich größere Schwankungen der auf dem Wege praktischer Erfahrung erworbenen Ansichten; nicht etwa im Verlaufe längerer Jahre, sondern vielmehr innerhalb einzelner Epidemien sehen wir, wie mit der Behandlung gewechselt wird. So ist auch noch immer keine klare Beurtheilung des Werthes der Kaltwasserbehandlung erzielt worden; und doch leuchtet aus dem Streite hervor, dass die Hydrotherapie an vielen Orten den Typhus günstig beeinflusst hat. W., der Anfangs vollständig auf Seiten der Kaltwasserbehandlung stand, theilt seine Erfahrungen mit; hauptsächlich die Behandlung kranker Japaner nöthigte ihn zu dem Schlusse, dass das Herabdrücken der Temperatur im Typhus noch bei Weitem nicht gleichbedeutend ist mit einer günstigen Einwirkung auf den Verlauf der Krankheit; ja die bösesten Wendungen im Krankheitsverlaufe und die gefürchtetsten Hirnerscheinungen standen hier mit den promptesten und bleibendsten Temperaturherabsetzungen in unabweisbarer Parallelität. Daraus folgt also, dass das Dogma: man müsse beim Typhus in erster Reihe auf die Herabminderung der Temperatur bedacht sein, absolut falsch ist. Einen Theil der Typhuskranken behandelte W. mit dem vielfach empfohlenen Alkohol; es wurde ihm dadurch zugleich Gelegenheit geboten, vergleichende Gewichtstabellen aufzustellen, die für die Kaltwasserbehandlung weniger gute Resultate ergaben; es entstand ja auch gleichzeitig mit der Hydrotherapie das Problem, die Typhuskranken unter allen Umständen sehr gut ernähren zu sollen. Kurz, die Erfahrungen nöthigten W. von der forcirten Entwärmung Abstand zu nehmen, in keinem Falle war die anhaltende Entwärmung irgend wie gleichbedeutend mit einer Besserung des Typhuszustandes und Verlaufes.

Mit Benutzung der reichlichen Litteratur bespricht Verf. die noch sonst empfohlenen Behandlungsmethoden; alle sind sie nicht für jeden Typhusfall geeignet. Denn bei einem so verschieden entstehenden und so mannigfach ablaufenden Vorgang kann unmöglich dasselbe therapeutische Agens dieselben Effekte haben. Und so werden denn zum Schlusse folgende Thesen aufgestellt:

1) Eine kausale Behandlung der Abdominaltyphen ist nur mit Berücksichtigung der jedesmaligen Entstehung möglich. Nahrungstyphoide müssen durch Evacuation des Darmes (mit Kalomel) und innerliche Abreichung antiseptischer Mittel behandelt werden; Ansteckungstyphen sind prophylaktisch mit kleinen Dosen Chinin, — Typhomalarien mit großen Dosen Chinin oder Salicylpräparaten, — idiopathische Typhen durch rechtzeitige Darreichung von Abführmitteln und absolute Nahrungsentziehung zu behandeln.

2) Wo die Fälle erst dann zur Behandlung kommen, wenn eine die Entstehung berücksichtigende Therapie zu spät ist, oder die Entstehung selbst nicht zu eruiren ist, dann behält die symptomatische Typhusbehandlung ihre Berechtigung. Obenan steht jedoch nicht die Verhinderung des Überganges der Darmmykose in eine allgemeine Sepsis. Dieselbe ist, nachdem die Invasion der Typhuserreger perfekt geworden ist, am ehesten durch große Gaben Alkohol zu erzielen. Für das zweite Stadium — das der intravaskulären Konglomeration giebt es keine allgemeinen Grundsätze; hier leiten sich die Indikationen aus den jedes Mal ergriffenen Organen ab. Die Anwendung der Entwärmungsmethoden ist in diesem Stadium um so weniger indicirt, als dasselbe meistens sehr deutliche Remissionen bereits aufweist. — Die symptomatische Behandlung durch Entwärmung — und zwar selbstverständlich durch ihre mildeste Form, die protahirten warmen Vollbäder — findet vielmehr nur da ihre Anzeige, wo der Typhuskranke objektiv und subjektiv ein großes Bedürfnis nach Entwärmung zeigt und außerdem — seinem Totalzustande und dem Verhalten seiner Verdauungsorgane nach — die Garantie darbietet, dass ihm ein Ausgleich der sehr bedeutenden Konsumption, welche den Wärmeentziehungen folgt, möglich sein wird.

3) Hiernach stellt sich das Verhältnis zwischen Entwärmung und Ernährung der Typhuskranken nicht so, dass man die letztere, koste es was es wolle, entwärmen und nachher den ungeheuren Ausfall im Stoffwechsel durch vermehrte Nahrungsdarreichung decken müsse. Es muss auf große Schonung des Darmes Rücksicht genommen werden. Nachschübe und Wiederholungen der die Darmdrüsen immer von Neuem attackirenden Typhuserreger sind ja mit einer gewissen Regelmäßigkeit an die Aufnahme fester Nahrung resp. an die Wiederanfüllung des Dünndarmrohres geknüpft. Es handelt sich demnach einmal um die Beseitigung des gefahrdrohenden Inhaltes des typhuskranken Darmes, anderseits darum, dass der unvermeidlich sich ansammelnde Darminhalt möglichst unschädlich zusammengesetzt ist. Daher soll man Eiweißsubstanzen (Fleisch, Eier, Milch), in denen die Typhusbacillen sich am sichersten erhalten und vermehren, ganz aus der Ernährung Typhuskranker ausschließen, resp. die Ernährung tagelang rein aus Wasser und Alkohol bestehen lassen. Eine solche Sperrung der Körpereinnah-

men ist natürlich nur dann durchzuführen, wenn man von dem durch die Krankheitserreger bereits konsumirten Organismus nicht noch weitere kostspielige Luxusausgaben verlangt. Solche werden aber gefordert durch die forcirten Entwärmungsmethoden.

Prior (Bonn).

---

459. **Ellenberger** (Dresden) und **Schütz** (Berlin). Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinärmedicin.

Berlin, **August Hirschwald,** 1882.

Der vorliegende Bericht ist eine Erweiterung des im XVI. Jahrgange des Jahresberichtes über die »Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Gesammtmedicin von Virchow und Hirsch« enthaltenen Abschnittes »über Thierkrankheiten«. Derselbe erscheint seiner Bedeutung wegen einer besonderen Besprechung werth.

Ähnlich wie vor mehr als 30 Jahren durch die bahnbrechenden Arbeiten Virchow's auf dem Gebiete der experimentellen Pathologie eine ernste und nachhaltige Reform der Anschauungen über das Wesen gewisser Krankheitsprocesse herbeigeführt wurde, so eröffnen die neuesten Forschungen über die organisirten Krankheitserreger ein Entdeckungsgebiet, auf welchem wir demselben Ziele bereits abermals um ein Bedeutendes näher gerückt sind. Diese Forschungen werden für die klinische Medicin wie für die öffentliche Gesundheitspflege von durchaus umgestaltender Bedeutung sein und, wie sich voraussehen lässt, ihre bereits gewonnene Herrschaft für lange Zeit behaupten.

Abgesehen von einzelnen direkt am Menschen ausgeführten Versuchen haben die Vertreter der experimentellen Pathologie erkennen müssen, dass sie zunächst darauf angewiesen sind, ihr Orientirungs- und Versuchsmaterial von der Veterinärmedicin zu entlehnen. Was daher auf diesem Gebiete bisher erarbeitet wurde, verdanken wir nicht zu geringem Theile mit dem Umstande, dass auch die Veterinärmedicin sich mehr und mehr der exakten Forschung zugewendet hat und somit ein Zusammenwirken ihrer Vertreter mit denen der Menschenheilkunde auf dem Wege der Forschung wenigstens zur Thatsache werden konnte.

Von zweifellosem Vortheile für das Zustandekommen wie für die Förderung dieser nothwendigen Verbindung ist es gewesen, dass Virchow und Hirsch in ihren Jahresberichten schon seit Jahren den Ärzten eine bequeme Gelegenheit eröffnet haben, sich mit den Fortschritten der Veterinärmedicin, wenn auch nur im Allgemeinen, vertraut zu machen. Allein die aus mehrfachen Gründen kurz gehaltenen und stellenweise selbst lückenhaften Mittheilungen über diesen Gegenstand, welche in den erwähnten Jahresberichten bisher gegeben wurden, können — wie sich ohne Schmälerung ihres sonsti-



gen Werthes behaupten lässt —, aus den dargelegten Gründen für die Zwecke der Vertreter der Menschenheilkunde eben so wenig mehr genügen wie für den Veterinärarzt. Die vorliegende Leistung ist daher auch vom diesseitigen Standpunkte aus als eine durchaus zeitgemäße zu begrüßen.

In der Vorrede des Berichtes ist gesagt, dass in demselben alle beachtenswerthen Arbeiten, welche in veterinärmedicinischen Schriften des In- und Auslandes zur Veröffentlichung gelangen, berücksichtigt werden sollen.

Der Bericht enthält daher eine sehr umfassende und den verschiedenen Kapiteln vorangestellte Übersicht der laufenden Litteratur über den in Rede stehenden Gegenstand.

Wir beschränken uns darauf, kurz auf den Inhalt der den Mediciner zunächst interessirenden Kapitel einzugehen und verweisen, da eine verwerthbare Wiedergabe desselben an dieser Stelle nicht thunlich sein würde, auf den Originalbericht selbst.

Im Abschnitte »Allgemeines« des ersten Kapitels »über Thierseuchen« findet sich eine Reihe von Versuchen von Davaine zur Feststellung der Zeit, welche eingeimpfte Krankheitsgifte zur Resorption bedürfen. Nebenbei eine Notiz betr. Erkrankungen nach dem Genusse des Fleisches von Thieren, welche an Texasfieber litten.

Im Kapitel über Thierseuchen wird die Arbeit von Klebs über die Abwehr der Rinderpest des Näheren besprochen.

Das Kapitel über Milzbrand hat eine besondere Wichtigkeit in so fern, als darin der neuere Standpunkt und das pro et contra der bekannten Streitfrage über Abschwächung der Virulenz pathogener Organismen in sehr übersichtlicher Weise und so weit wiedergegeben ist, als das Jahr 1881 reicht.

Das Kapitel über Rauschbrand bringt vielfach interessante Daten über das Wesen dieser Krankheit, namentlich auch den von Arboin, Cornevin und Thomas gelieferten Nachweis, dass der Fötus während seiner Entwickelung im Uterus an Rauschbrand erkranken kann.

Im Kapitel über Lungenseuche werden die Resultate der Untersuchungen über die Wirkung der Schutzimpfung gegen diese Seuche vorgeführt. Im Kapitel »Pocken« finden sich Nachrichten über Beobachtung von Mikroorganismen im Pockensekret und im Blute pockenkranker Individuen. Das Kapitel über Rotz hat ein vorwaltend pathologisch anatomisches Interesse. Bei Tollwuth interessiren die Versuche Pasteur's über Verimpfung des Wuthgiftes und Ausbreitung desselben im Körper. Die im Kapitel über Maul- und Klauenseuche enthaltene Statistik über die Verbreitung dieser Krankheit ist in so fern beachtenswerth, als unzweifelhafte Fälle von Erkrankung beim Menschen nach dem Genusse der Milch von mit dieser Seuche behafteten Thieren zur Beobachtung gelangt sind. Die im Kapitel über verschiedene Infektionskrankheiten besprochene Arbeit von Johne über Aktinomykose ist besonderer Aufmerksamkeit werth.

Wir begegnen der Tuberkulose in diesem Berichte hoffentlich

zum letzten Male unter dem Kapitel über »chronische konstitutionelle Krankheiten«.

Die statistischen Mittheilungen über das Auftreten der Trichinose bei Thieren, beim Menschen und der ungewöhnlich häufige Nachweis von Trichinen in den importirten amerikanischen Fleischwaaren bilden einen dankenswerthen Inhalt des Kapitels über diesen Gegenstand.

Wir schließen mit dem Hinweis auf die im Kapitel über öffentliche Gesundheitspflege besonders interessirenden Berichte Pauli's über die Resultate der Fleischschau in Berlin und sprechen dabei den Wunsch aus, dass der nächstjährige Band des Jahresberichtes von Virchow-Hirsch den Herren E. und Sch. den für eine umfassendere Berichterstattung über die Thierkrankheiten erforderlichen Raum gewähren möge. **Struck** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

460. **Weiss** (Wien). Ein Fall von Embolie der Arterien des Lendenmarkes.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 42 u. 43.)

Ein 16jähriger Knabe, früher gesund, bekam während der Arbeit plötzlich heftigen Schmerz in den Kniebeugen, der sich nach der Magengegend und nach dem Rücken zu erstreckte. Pat. wurde kurz nachher an beiden Unterextremitäten gelähmt aufgefunden, es konnte dann auch Lähmung der Blase und des Mastdarms, Anästhesie der Haut der unteren Extremitäten und der Lendengegend konstatirt werden. Dabei die heftigsten Schmerzen in den Unterextremitäten während der nächsten drei Tage. Nach dieser Zeit ließen die Schmerzen nach, um nicht wiederzukehren, aber es stellte sich Decubitus am Kreuzbein und den Trochanteren ein. Vier Wochen nach Eintritt der Lähmung starkes Ödem der Beine.

Status bei der Aufnahme ins Spital, vier Monate nach Beginn der Erkrankung: Cephalische Störungen fehlen vollkommen. Wirbeldornfortsätze druckempfindlich, Wirbelsäule zuerst normale Konfiguration. Unterextremitäten anästhetisch, vorn bis zur Höhe des Lig. Poupart., hinten bis zur letzten Rippe. Muskulatur der Unterextremitäten atonisch, absolut gelähmt. Haut- und Sehnenreflexe erloschen. Harn geht unwillkürlich ab, Stuhlgang nur auf stärkste Drastik. Harn alkalisch, enthält Krystalle von phosphorsaurer Ammonik-Magnesia. Am Kreuzbein und Trochanter tiefgehender Decubitus.

Pat. kollabirte immer mehr, 8 Tage nach seiner Aufnahme ins Spital trat der Tod ein.

Während des Lebens war es schwierig, die Frage zu entscheiden, durch welchen pathologischen Process diese akute auf das Lendenmark beschränkte Zerstörung hervorgerufen war. Wegen des Umstandes, dass die wichtigsten Krankheitserscheinungen wie mit einem Schlage auftraten, konnte nur an Blutungen in die Rückenmarkshäute oder in das Rückenmark selbst gedacht werden, vielleicht noch an sehr akute Entzündung des Rückenmarks. Aber gerade das plötzliche Eintreten der Erscheinungen ohne weitere Steigerung in den nächsten Tagen und ohne irgend welche Besserung im weiteren Verlauf machte die Annahme des letzteren Processes sehr unwahrscheinlich. Hämorrhagien in das Rückenmark oder die Rückenmarkshäute konnte man mit Rücksicht auf das jugendliche Alter des Pat. nicht gut annehmen. Die Möglichkeit eines embolischen Vorganges wurde wegen des vollkommen normalen Herzbefundes nicht in Betracht gezogen.



Die Sektion ergab: In den Großhirnhemisphären etliche bis bohnengroße Herde von sogenannter Zelleninfiltration. Chronische Endokarditis der Mitralklappe, ältere Embolien in die Milz, die Nieren; Nieren geschrumpft. Das Rückenmark in seinem Lendentheile völlig erweicht, so dass an dessen Stelle sich eine weißliche milchartige Flüssigkeit findet, durch welche eine Arterie verläuft, welche sich ganz hart anfühlt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab:

1) Ein mit zerfallendem Fibrin thrombosirtes, größeres, arterielles Gefäß, eben so waren zahlreiche andere kleinere Gefäße im erweichten Lendenmarke thrombosirt.

2) Die milchige Flüssigkeit bestand aus Nervenresten und zahlreichen großen Fettkörnchenkugeln. Auch in den Herden im Gehirn fanden sich mit Fibrin thrombosirte Gefäßchen.

Die Gegenwart einer Embolie in die Lendenmarksarterien und eine dadurch hervorgerufene plötzliche Anämie des Lendenmarks mit nachfolgender totaler Zerstörung desselben durch embolische Erweichung erklärt vollständig den vorliegenden Symptomenkomplex. **Seifert** (Würzburg).

461. L. **Edinger** (Gießen). Rückenmark und Gehirn in einem Fall von angeborenem Mangel eines Vorderarmes.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX. Hft. 1.)

Auf der medicinischen Klinik zu Gießen kam ein 52jähriger Mann zur Sektion, der nur mit einem kleinen Rudimente des linken Vorderarmes geboren worden war. Es hatte sich höchst wahrscheinlich um eine intra-uterine Selbstamputation gehandelt, und dem entsprechend lautete auch der Obduktionsbefund am Arme selbst eben so wie man ihn bei allen Amputationsstümpfen zu haben pflegt. Größeres Interesse erregten die Veränderungen oder richtiger Mängel an den Centralorganen, die auf dem Ausfall der bezüglichen nervösen Apparate beruhten.

Es zeigte sich, dass die bei der Amputation durchschnittenen Nerven schwächer als normal sich entwickelt hatten, und dass die ihnen angehörigen Wurzeln atrophirt waren (erster Theil des centralen Verlaufs vom N. medianus und ulnaris, so wie die größte Partie des N. radialis), ferner fand sich Atrophie der weißen Substanz des Rückenmarks im Bereich der eintretenden Wurzeln und vielleicht auch noch geringe Atrophie derselben etwas oberhalb des Wurzeleintrittes. Die äußere vordere und hintere äußere Spitze der grauen Substanz war nur im Bereich des Abganges der atrophischen Wurzeln atrophirt; auch konnte man Untergang von Ganglienzellen in den Theilen der grauen Substanz, die zu den am meisten verdünnten Wurzeln gehören, konstatiren. Das Rückenmarksvolumen selbst war entsprechend vermindert, was sich aus der geringen Menge eintretender Fasern in die weiße Substanz, und aus der centralen Endigung dieser Fasern in der grauen erklärt. Hingegen schienen die Bahnen, die vom Rückenmark zum Gehirn führen, d. s. diejenigen, deren motorischer Theil wahrscheinlich in den Seitensträngen liegt, nicht in aufsteigender Richtung zu atrophiren, während andererseits die motorische Rindenzone des Gehirns im Wachsthum zurückgeblieben war.

Es zeigt sich also, dass die Substanz der Hirnrinde eben so wie die Substanz des Rückenmarks mit Atrophie auf den Verlust peripherischer Bahnen antwortet, wenn dieser während des Hirnwachsthums zu Stande kommt. Am ausgebildeten Hirn konnte man bei anderen Fällen keine bemerkliche Atrophie als Folge des Ausfalles konstatiren. **Karewski** (Berlin).

462. **Knecht** (Colditz). Jackson'sche Epilepsie mit Lähmung im Gebiet des linken Facialis. Erweichungsherd in der rechten vorderen Centralwindung an der Stelle des »Facialiscentrums«.

(Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)

Ein mehrfach bereits bestrafter Zuchthäusling von 49 Jahren, welcher eine rechtsseitige Pleuritis mit nachfolgender Lungenschrumpfung und eine fieberhafte



rheumatische Entzündung des linken Hüftgelenkes überstanden hatte, hinterher noch vielfach hustete und fieberte und in seiner Ernährung verfiel, zeigte unerwartet ein Herabhängen des linken Mundwinkels. Bald hinterher traten links mehrmals Zuckungen in den Muskeln, welche von den Wangen- und Ohrzweigen des N. facialis versorgt werden, mit nachfolgender mehr oder weniger starker Lähmung der betroffenen Muskeln ein, welche mehr und mehr zunahm. Zweimal gesellten sich zu den Zuckungen der Gesichtsmuskeln solche des linken Beins als mäßige Beugungen und Streckungen des Knies, jedoch ohne bleibende, motorische Störung im Beine. Im ersten Anfall Trübung des Bewusstseins, dann dieses frei bis in den letzten 6. Lebenstagen. Unterhalb des rechten Scheitelbeinhöckers eine umschriebene Stelle schmerzhaft bei der Perkussion. Pat. starb komatös. Die Sektion zeigte im Wesentlichen Ödem der weichen Hirnhäute, auf denselben, besonders rechts, über den Stirnlappen zahlreiche Knochenplatten; rechts dieselben an 3 Stellen mit der Hirnrinde fest verklebt und zwar im Grunde des Sulc. Rolandi mit der anderen Centralwindung, 1 cm lang, eben so über der Sylvi'schen Spalte, diese verschließend und dann über dem vorderen Rande der vorderen Centralwindung, den Sulcus praecentral. überbrückend und sich auf die zweite Stirnwindung erstreckend, im Ganzen vom Umfange eines Zehnpfennigstückes. Hier die Hirnrinde und die Marksubstanz bis 1 cm Tiefe erweicht, etwa von der Größe einer Kirsche. K. macht auf die Seltenheit aufmerksam, dass die Krämpfe und Lähmungen auf die Ohr- und Wangenzweige des Facialis beschränkt blieben, dass das Ohr überhaupt in Mitleidenschaft gezogen wurde und das Bein ohne Betheiligung des gleichseitigen Armes. K. führt den Erweichungsherd auf Thrombose eines arteriellen Rindenzweigs und die Zuckungen im Beine auf zeitweilige kollaterale Stauung, von dem thrombotischen Herde ausgehend, zurück und erinnert noch besonders an die bei der Perkussion schmerzhafte, umschriebene Stelle des Schädels als diagnostisch bedeutsam. **Oebeke** (Endenich).

463. **Chvostek** (Wien). Ein Fall von Tuberkel im mittleren Drittel der linken vorderen Centralwindung.
(Jahrbücher für Psychiatrie Bd. IV. Hft. 1.)

Ein Soldat, frei von Heredität, abgesehen von Blattern in der Kindheit, stets gesund, erlitt, 22 Jahr alt, den ersten epileptischen Anfall, seitdem bis zu seinem Tode nach $6^1/_2$ Monaten eine ganze Reihe derselben, stärkere und schwächere, theils als geistige Benommenheit, theils als Konvulsionen sich äußernd mit Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arme, einmal auch im rechten Beine, seltner allgemeine Konvulsionen. Hinterher Parese im rechten Arme und stärkeres Hervortreten der gleichschon vorhandenen Parese der betroffenen Zweige des Facialis und des Abweichens der Zunge nach rechts; zeitweise Erweiterung der rechten Pupille. Im weiteren Verlaufe zweimal ein Anfall psychischer Aufregung, einmal post-epileptisch, das zweite Mal als psychisch-epileptisches Äquivalent; sodann unmotivirtes Lachen, Weinen, Delirien. Von Seiten der rechten Pleura, des Peritoneums und der Baucheingeweide tuberkulöse Erscheinungen.

Sektion: R. O. in der Lunge käsige Bronchopneumonien mit Kavernen, chronische Tuberkulose der rechten Pleura, des Bauchfells, im Ileum tuberkulöse Geschwüre, eins in die Bauchhöhle durchgebrochen; jauchige Peritonitis. Käsiger Tuberkel in der linken vorderen Centralwindung.

Oebeke (Endenich).

464. **Chvostek** (Wien). Zur Kasuistik der suppurativen Hepatitis.
(Separatabdruck aus der Wiener medicinischen Presse 1881/82.)

Im Anschluss an eine bereits früher veröffentlichte Arbeit »Über suppurative Hepatitis« theilt Ch. 8 Fälle von Infarkten und Abscessen in der Leber mit. Wir heben das Merkwürdige heraus. Im ersten Falle bestand ein Medullarcarcinom des Magens, des großen Netzes und Bauchfelles, am seitlichen Rande des rechten Lappens der Leber befand sich ein haselnussgroßer, scharf begrenzter Herd, der dunkelroth gefärbt und breiig weich erschien. Bei der zweiten Beobachtung entwickelte sich bei Ileotyphus eine Perichondritis laryngea, von welch letzterer Pyä-

mie ausging mit zwei großen metastatischen Abscessen in der Leber und Metastasen in den Lungen; der Tod erfolgte durch Pneumothorax, welcher durch Durchbruch eines metastatischen Lungenabscesses eintrat; es bestand ein intensiver Ikterus. In einem weiteren Falle finden wir einen hämorrhagischen Infarkt in der Leber nach Endocarditis chron; weiterhin Pyämie mit zwei gänse-eigroßen metastatischen Abscessen im rechten Leberlappen, ausgehend von einem Panaritium.

Als letzten Fall verzeichnet Ch. eine Pylephlebitis suppurativa mit dem Ausgang in Genesung; drei Jahre nachher ist der Pat. noch als aktiver Officier im Dienste.

Prior (Bonn).

465. **Géza Duláoska** (Budapest). Ein Fall von Arthrogryposis.

(Gyógyászat 1882. No. 13. Excerpt. — Pester med. chir. Presse 1882. No. 15.)

Ein $1^1/_2$jähriges Mädchen bekommt im Verlauf von Bronchitis und Skrofulose eine doppelseitige katarrhalische Pneumonie und unstillbare Diarrhoe. In der letzten Woche tritt Tetanus der Unter- und Oberextremitäten auf, der zwei Tage lang anhielt, dann aufhörte, wieder erschien und wieder pausirte. Jedoch mehrere Tage vor dem Tode anhaltender Tetanus. Schmerzhafte Krämpfe treten bei Streckung der Finger und Extremitäten auf, der Unterarm kann, obwohl Krämpfe vorhanden sind, gehoben werden. Der Tod trat unter Erschöpfungserscheinungen ein. Sektion ergiebt mäßige Erweichung des cervikalen Theils des Rückenmarks, »Abglättung« der vorderen und hinteren Hörner an dieser Stelle. Desquamative Pneumonie. Da in allen Fällen der Arthrogryposis nur die gesteigerte Reizbarkeit des Rückenmarks vorhanden, durch welche der Krampf der Muskeln hervorgerufen wird, und von Niemandem bis jetzt eine für alle Fälle gemeinsame anatomische Veränderung gefunden ist, so möchte Verf. diese Erkrankung nicht als eine selbständige Krankheit hinstellen.

Kohts (Straßburg i/E.).

Berichtigung: No. 30, p. 476, Referat Davison Zeile 8 von unten lies: »stärker« statt »später«.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



# Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt,** Würzburg, **Leyden,** Berlin, **Liebermeister,** Tübingen, **Nothnagel,** Wien, **Rühle,** Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger,** Berlin, Prof. **Ehrlich,** Berlin, Prof. **Finkler,** Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

N<u>o</u>. 34. **Sonnabend, den 2. December.** **1882.**

Die Borsäure als Antisepticum.

Von
Dr. **Walb,**
Privatdocent in Bonn.

Versuche, die ich bereits im vorigen Jahre im hiesigen pharmakologischen Institute begonnen, über die antiseptische Wirkung der Borsäure, habe ich neuerdings im Verein mit Herrn Stud. Lewin wieder aufgenommen. Während Letzterer die genauere Darlegung in seiner Dissertation bringen wird, gebe ich hier einen kurzen Überblick über die gewonnenen Resultate.

Die Geschichte keines Heilmittels ist so interessant, wie die der Borsäure und zeigt so recht, wie wandelbar unsere Anschauungen sind und wie scheinbar feststehende Lehren plötzlich durch neue Thatsachen umgeworfen werden können.

Im 17. und 18. Jahrhundert sehen wir den Borax und das daraus dargestellte Sal sedativum, welches, wie sich nachher ergab, Borsäure war, eine große Rolle in der Arzneimittellehre spielen.



Es gab da kaum eine Krankheit, wo das bezüglich seiner Herkunft und Zusammensetzung in ein geheimnisvolles Dunkel gehüllte Medikament nicht empfohlen wurde. Besonders erfolgreich sollte es im Uterinsystem wirken, Wehenschwäche heilen etc., so dass sich ein wahrer Wunderglaube über seine Wirkung entwickelte. Als dann die Zeit kam, wo überhaupt der Wunderglaube einer nüchternen naturwissenschaftlichen Forschung und dem strengen Wissen Platz machen musste, da wurden auch über die vielseitige Wirkung des Borax und des inzwischen als Borsäure genauer chemisch bekannt gewordenen Sal sedativum (1808) immer mehr Zweifel und Bedenken laut, so dass von den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts an bis gegen 1820 andere Heilmittel an die Stelle der in Rede stehenden traten und diese immer mehr in Vergessenheit geriethen.

Indessen war doch in dieser Zeit das physiologische und chemische Denken noch nicht so Gemeingut der ärztlichen Welt geworden, dass nicht die erneuerte Anpreisung und Empfehlung durch eine Autorität plötzlich wieder ihre Anwendung allgemeiner machen konnte und namentlich in der Geburtshilfe von Neuem von dem Borax und der Borsäure alles Heil erwartet wurde. Dies Resultat erzielt zu haben, ist das Verdienst (?) einer von Wigand hinterlassenen und von Naegele 1820 herausgegebenen Schrift, in welcher diese Mittel als Specificum bei Wehenschwäche angepriesen wurden. Erhalten wurde diese gute Meinung durch die Empfehlungen anderer angesehener Ärzte, worunter Huffland, von Siebold u. A.

So stand die Sache, als im Jahre 1845 die Fakultät in München eine Preisaufgabe ausschrieb: Über die Wirkung der Borsäure und des Borax, welche von Dr. Ludwig Binswanger in einer mit großem Fleiße verfassten historischen und experimentellen Arbeit gelöst wurde, der man dann auch den Preis zuerkannte. Dieselbe gipfelt in dem Satze: Dass die Borsäure als ein ganz indifferentes Mittel fortan nicht als Heilmittel zu gebrauchen sei!

Sonst und Jetzt! Angesichts der im letzten Jahrzehnt mit der chirurgischen Anwengung der Borsäure erzielten glänzenden Resultate wird man sich kaum eines mitleidigen Lächelns enthalten können! Ein Arzneimittel, dessen Absetzung einst mit dem Preise gekrönt worden, ist heute in der Hand des Chirurgen, der Specialärzte für Augen-, Ohren- und Halskrankheiten etc. ein unentbehrliches Heilmittel von unschätzbarem Werthe geworden!

In innigem Zusammenhang mit der Entwicklung unserer Kenntnis über die septischen Vorgänge, über die in mikroskopischer Kleinheit unrettbar sicher den Tod bringenden fermentativen Kräfte, steht die Einführung einer Reihe von Arzneimitteln, welche wir unter der Kategorie der Antiseptica zusammenfassen und unter denen der Borsäure einer der ersten Plätze gebührt. Nicht als ob sie besonders energisch in dieser Hinsicht wirke; andere, wie Karbolsäure, Salicylsäure, leisten dies in viel geringerer Koncentration, sondern weil ihr



jene Reizlosigkeit zukommt, welche sie in den Augen Binswanger's als indifferent erscheinen ließ.

Nachdem der Chemiker Dumas in Paris zuerst die antiseptische Kraft der Borsäure nachgewiesen, ist es das unbestreitbare Verdienst des großen Reformators Lister die Anwendung der Borsäure in die Chirurgie eingeführt zu haben (1875). Hier wurde ihm rasch durch allseitige Nachahmung und Anerkennung gelohnt. Der Lister'sche Verband und die demselben zu Grunde liegenden Fundamentalanschauungen über die Vorgänge bei der Wundeiterung brauchten Jahre zu ihrer allgemeinen Anerkennung, die Borsäure eroberte sich im Fluge allseitige Würdigung und Benutzung. Sehr bald wurde ihr Wirkungskreis ausgedehnter. Namentlich war es das Gebiet der Schleimhäute, wo ihre Wirksamkeit weiter erprobt und konstatirt wurde. Unter ihrer Anwendung heilten Krup und Diphtheritis des Rachens (Werthheimer), Schleimhautsyphiliden und Blennorrhoen (Mayer, Renk, Seiz). Vor Allem aber erfuhr die Behandlung der Mittelohreiterungen, akuter, so wie chronischer, eine totale Umwälzung, seit Bezold in München (1880) die Anwendung der Borsäure für die in Rede stehende Krankheit in die Praxis einführte. Allseitige Bestätigung folgte sehr bald und heute wird wohl kein Ohrenarzt auf die Anwendung der Borsäure verzichten wollen.

Rechnen wir dazu, dass auch in der Augenheilkunde die Borsäure sich als ein unschätzbares Verbandmittel bei Verletzungen, nach Operationen bewährt hat, bei verschiedenen Affektionen der Conjunctiva erfolgreich angewandt wird, so darf man dreist behaupten, dass die Ehrenrettung der Borsäure in vollstem Maße eingetreten. Und damit es nicht mehr, wie ehedem, um bloße Empirie handele, ist man inzwischen über das Wie dieser Wirkungen vollkommen klar geworden, indem bereits eine Reihe von Arbeiten vorliegen, welche mit positiver Gewissheit darthun, dass die Borsäure die fermentativen Kräfte, die Entzündungserreger, zerstört.

Nach Dumas haben sich Gahn in Upsala, Buchholz, Cané, Neumann, Polli, an die experimentelle Untersuchung dieser Frage gemacht und übereinstimmend die antiseptische Wirkung konstatirt. Es ergab sich dabei, dass die Borsäure in relativ geringer Koncentration (0,75%) die Fäulnis dauernd verhindert und Bakterienbildung nicht aufkommen lässt. Dagegen wurde eben so gefunden, dass Borsäure nicht im Stande ist, Schimmelbildung zu hindern. Gerade dieses Verhältnis schien mir nicht mit der nöthigen Klarheit betont und aus einander gehalten worden zu sein, wesshalb ich, wie Anfangs erwähnt, von Neuem die Angelegenheit experimentell prüfte. — Fäulnis und Schimmelbildung sind früher vielfach mit einander verwechselt und vermischt worden und begegnet man dieser Begriffsverwirrung noch heut zu Tage. Als das Mikroskop uns Aufschluss gegeben hatte über die Anwesenheit niedriger Organismen bei septischen Vorgängen, hatte man den Sammelnamen »Pilz« dafür acceptirt und damit viel Unheil geschaffen, indem gelegentlich von Min-

dereingeweihten, alles das, was man schon vorher mit dem Namen Pilz bezeichnete, als hierher gehörig betrachtet wurde. So entstanden mitunter mit einer gewissen Erregung geführte Kontroversen über die Natur eines Antisepticums, indem die Anwesenheit von Schimmelpilzen als Beweis gegen die fäulniswidrige Wirkung einer Substanz zu Felde geführt wurde. Heute wissen wir, dass die Fäulnis einzig und allein durch die Anwesenheit von Bakterien bedingt wird, dass die Schimmelbildung wohl auch allmählich durch ihr Wachsthum einen organischen Körper verderben kann, dass es dabei aber stets sich um *lokale* Ausbreitung eines an den Entstehungsboden gebundenen pflanzlichen Organismus handelt[1]. Das aber gerade macht die Fäulnis so verderbnisbringend, dass sie zu Stande kommt unter der Anwesenheit sich selbständig bewegender und wandernder organischer Gebilde, die somit immer weitere Kreise ziehen können und an weit abgelegenen Stellen den Tod bringen.

Bei den Untersuchungen, die wir neuerdings ausgeführt, hat sich geradezu ergeben, dass Fäulnis und Schimmelbildung sich in gewissem Sinne ausschließen, und gerade bei der Borsäure gelingt dies zu zeigen, wie bei keinem anderen Antisepticum, da der Schimmel in der Borsäure nicht nur nicht untergeht, sondern sogar prächtig gedeiht.

Eine Reihe von Versuchen mit frisch bereitetem blutfarbstofflosen Fibrin ausgeführt, ergab Folgendes:

Das Kontrollpräparat, ohne Borsäurezusatz, zeigte schon am zweiten Tage deutlichen Fäulnisgeruch und war innerhalb 14 Tage in einen schwarzen, stinkenden Detritus verwandelt. *Bakterien* in kolossaler Menge vorhanden, *Schimmel bildet sich nicht.*

Zusatz von Borsäure in 0,2%iger Lösung hielt das Präparat, an einem warmen Ort aufbewahrt, 7 Tage frisch, dann trat Fäulnisgeruch auf und Bakterienbildung; Zerfall bildet sich auch nach Wochen nicht. *Schimmelentwicklung bleibt aus.*

Zusatz von 0,4%iger Borsäurelösung hält es 16 Tage frisch; am *9. Tage tritt Schimmelbildung ein, die mit dem Beginn der Fäulnis am 16. Tage Halt macht* und allmählich wieder rückgängig wird, indem die Pilze collabiren und verkümmern. Zerfall des Fibrins kommt nicht zu Stande.

Zusatz von 0,5%iger Borsäurelösung hält die Fäulnis 19 Tage auf. *Schimmelbildung* entwickelt sich auch hier am 9. Tage, *die eben so wie im vorigen Versuch* unter der eingetretenen Fäulnis wieder abnimmt und vergeht.

1%ige Lösung und stärkere hemmen die Fäulnis dauernd. Die am 9. Tage begonnene *Schimmelbildung schreitet unaufhaltsam* weiter, so dass die Flüssigkeit bald von einem dicken Ballen fächerförmig von einem Punkte allseitig ausstrahlenden Pilzverzweigungen angefüllt ist. Das Fibrin wird davon nicht im mindesten alterirt, der Schimmel besteht nur in der Flüssigkeit und

[1] cf. v. Naegeli, Die niederen Pilze.



unterscheidet sich von jener flockigen Bildung, wie man sie so vielfach am Boden in Auflösungen von Medikamenten findet, dadurch, dass er eine zusammenhängende schnell wachsende Masse darstellt.

Eine zweite Versuchsreihe wurde mit der bekannten Bakteriennährflüssigkeit angestellt, bestehend aus Karamel, Ammon. tartaric., Kal. phosphor. und Aqu. dest. Das Kontrollpräparat zeigte schon nach 2mal 24 Stunden Opalescenz und mikroskopisch die Anwesenheit von Bakterien.

Zusatz von Borsäure hielt in 0,5%iger Lösung die Bakterienbildung 6 Tage auf, in 1%iger und 2%iger Lösung verhinderte sie die Fäulnis dauernd. Die so im Herbst 1881 angefertigten Präparate sind heute noch vollkommen frisch und klar. Ein Schimmelballen, in die Flüssigkeit hineingebracht, entwickelt sich bei Anwesenheit von 2%iger Borsäurelösung prächtig weiter und wächst rasch zu einem großen, rundlichen Büschel aus, in trüber Flüssigkeit, ohne Borsäure, entwickelt er sich nicht, sondern wird bald schwarz und matsch.

Frisches Muskelfleisch vom Ochsen hält sich in 1%iger Lösung mehrere Wochen frisch; Schimmelbildung tritt am 18. Tage auf. Der in die Flüssigkeit ausgezogene Muskel- und Blutfarbstoff nimmt innerhalb weniger Tage eine prachtvolle hell-karmesinrothe Färbung an, der ich bis jetzt noch nicht näher getreten bin, auf die ich aber schon hier aufmerksam machen wollte.

Wir sehen somit einen deutlichen Gegensatz zwischen Fäulnis und Schimmelbildung gezeichnet. Überall da, wo Schimmelpilze auftreten, sind wir zu dem Schluss berechtigt, dass keine Fäulnis sich eingestellt hat, während umgekehrt die Fäulnisbildner auf Schimmelpilze eben so ihre zerstörende Kraft ausüben, wie auf andere organische Substanzen. Die Pilze müssen mit faulen. Ist aber die Bakterienbildung gehemmt und hat ein Antisepticum nicht zugleich die Eigenschaft Schimmelpilze zu zerstören, so erleidet die Schimmelbildung keine Einbuße.

Es ergeben sich hieraus mehrere praktische Gesichtspunkte.

Zunächst werden alle jene Processe, die auf wirklicher Pilzbildung beruhen, — ich erinnere an den Pilzrasen auf der Zunge und im Rachen, an Aspergillusentwicklung im äußeren Ohr, an den Sor der Säuglinge, nie jene üble Dignität erhalten können, wie die Aufnahme von Mikrokokken und Bakterien. Dieselben können wohl lokal erhebliche Krankheitsbilder erzeugen, ihre Weiterverbreitung ist aber stets nur in beschränktem Maße möglich und erstreckt sich auf den Umkreis der ersten Aufnahmestelle. Dessgleichen ergiebt sich die praktische Konsequenz, dass diejenigen Medikamente, welche als Antiseptica bekannt sind, damit noch nicht ohne Weiteres auch die Eigenschaft besitzen, die oben berührten Krankheiten heilen zu können.

Ich erlaube mir dies an einem praktischen Beispiel klar zu legen.



Es giebt chronische äußere Otitiden, welche das gemeinsam haben, dass diffus durch den äußeren Gehörgang hindurch Abstoßung und Maceration des Epithels und eitrige Absonderung besteht. Man findet gelegentlich dabei als ursächliches Moment Aspergillusentwicklung, die sich in den oberflächlichen Lagen der Haut gebildet und häufig auch das Trommelfell überzieht (Otomykosis, von Wreeden). Das gleiche Bild wird aber auch erzeugt durch Bakterienbildung. Wenn das von einer Otit. ext. circ. oder einer Myringitis acut. stammende Sekret im Gehörgange stagnirt, so tritt alsbald Fäulnis und Zersetzung ein, welche dann den primären Krankheitsherd nicht heilen lässt, vielmehr immer mehr Gewebe in das Bereich der Entzündung zieht, so dass eine Otit. ext. diffus. daraus resultirt (Bacterica, Bezold). Hier wird Borsäure mit Erfolg in Anwendung zu ziehen sein, wie denn ich vielfach solche Fälle in kurzer Zeit damit geheilt habe. Die Otomykosis wird aber ihrer Anwendung mehr oder weniger widerstehen, — da wir erwarten dürfen, dass Aspergillus sich wie Schimmelpilze in dieser Hinsicht verhalte, — wie denn überhaupt diese zu den hartnäckigsten Leiden gehört, besonders dann, wenn die Pilze schon tief im Gewebe sitzen. Hier führt oft erst ein mehr mechanisches Abschaben, so wie die Anwendung anderer Heilmittel (Plump. acet., Karbolsäure, Sublimat, Calcar. hyperchloros.) zum Ziel.

Wir werden unter Umständen in der Lage sein, aus der Beschaffenheit des Sekrets Klarheit zu schöpfen, falls wir nicht, wie es nothwendig sein kann, die mikroskopische Untersuchung anstellen. Charakteristisch für Otit. ext. diff. bacterica wird der Fäulnisgeruch sein, und übelriechender Eiter wird daher stets die Anwendung der Borsäure als zweckmäßig erscheinen lassen. Eine mehr aus Epithelien bestehende, halb trockene Absonderung erregt den Verdacht der Mykosis und giebt die Indikation ab für den Gebrauch der oben genannten Mittel. Es mag hier bemerkt werden, dass diese alle nicht so indifferent sind, wie Borsäure, alle nur in zum Theil geringen Procentsätzen vertragen werden, und dass demgemäß, um längeren Kontakt mit den erkrankten Stellen zu ermöglichen, ihre Applikation in Salbenform die zweckentsprechenste ist.

Wenig kultivirt ist bis jetzt die innere Darreichung der Borsäure; dass dieselbe in größeren Gaben die Temperatur bedeutend herabsetzt, haben übereinstimmend die Versuche von Neumann u. A. ergeben. Die Analogie mit anderen in der Richtung schon geprüften Heilmitteln fordert entschieden auf, ihre Wirksamkeit auch da zu versuchen, wo wir die Aufnahme niedriger Organismen, oder noch allgemeiner ausgedrückt, von Fermenten vermuthen, so dass ihr Wirkungsfeld sich auch auf die epidemischen und kontagiösen Krankheiten erstrecken könnte.

Wir sind gegenwärtig damit beschäftigt, den Einfluss der Borsäure auf die Auswanderung weißer Blutzellen zu studiren, unter Anwendung des Cohnheim'schen Versuches, das Ergebnis wird demnächst bekannt gegeben werden.

Bonn im November 1882.



466. **H. Seemann.** Über das Vorhandensein freier Salzsäure im Magen.

(Arbeit aus dem Nachlass des am 3. März d. J. verstorbenen Verfassers.)

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. V. p. 272.)

Nach einigen Bemerkungen über die Methoden der Salzsäurebestimmung im Magensaft mit Methylanilinviolett und Rothweinfarbstoff, bespricht Verf. das Verfahren, das zuerst Hehner zur Prüfung des Essigs auf Behufs Fälschung beigesetzter Mineralsäuren, und dann Malz zur Untersuchung des Magensaftes angewandt haben, und das darin besteht, dass $^1/_{10}$ Normalnatronlauge zu der zu untersuchenden Flüssigkeit, und zwar ungefähr in der der etwa vorhandenen Mineralsäure entsprechenden Menge, oder einem geringen Überschuss, zugesetzt werden. Nach Abdampfen der Flüssigkeit bei gelinder Glühhitze konnte er aus dem Gehalt an zurückgebliebenen freien Alkali auf die Menge der gebundenen und somit auf die Menge der vorhanden gewesenen freien Mineralsäure schließen.

Ein Kontrollversuch ergab, dass bei diesem Verfahen so geringe Fehlerquellen sich herausstellten, dass der Werth der Methode dadurch nicht beeinflusst wurde.

Die erste Reihe von Versuchen befasst sich mit Untersuchungen über den Salzsäuregehalt des Magensaftes in den verschiedenen Verdauungsphasen am gesunden Menschen. — Der nöthige Magensaft wurde durch Auspumpen zu verschiedenen Zeiten nach der Mahlzeit gewonnen.

Die Versuche ergaben, dass schon $^1/_2$ Stunde nach der Mahlzeit die saure Reaktion des Speisebreies beginnt — der Charakter der Säure, ob organische oder Mineralsäure, ließ sich in diesem Zeitpunkt nicht feststellen.

$^3/_4$ Stunde nach der Mahlzeit war bei flüssiger Nahrung ein Salzsäuregehalt von 2—3 pro Mille nachweisbar. — Während der folgenden 2 Stunden steigerte sich der Salzsäuregehalt auf 6 pro Mille und erreichte etwa 3 Stunden nach der Mahlzeit sein Maximum.

Eine Reihe von Harnuntersuchungen ergab ein Alkalischwerden desselben, während einer 4stündigen Verdauungszeit, woraus S. den Schluss zieht, dass dieses Alkalischwerden des Harns und die dasselbe bedingende Alkalescenz des Blutes die Folge einer Zerlegung der Chloride innerhalb der Magendrüsen sei.

In einer zweiten Versuchsreihe prüfte S. das Verhalten der freien Mineralsäure im Magensafte bei Kranken.

1) Akut fieberhafte Krankheiten. Bei Typhus in der zweiten Woche, bei dem die erhöhte Temperatur durch anhaltende Bäder auf 37,5—38° C. herabgedrückt war, ergab die Untersuchung $2^1/_2$ Stunde nach dem Essen keine Salzsäurereaktion — 14 Tage später, bei normaler Temperatur von 37—37,4° C., schwache Reaktion mit Methylviolett, nach weiteren 10 Tagen, bei vollständigem Normalbefinden $1^1/_2$ Stunden nach dem Essen Reaktion negativ.

2) Bei subakuten fieberhaften Krankheiten ergaben die Untersuchungen des Magensaftes $2^1/_4$ Stunde nach dem Essen in den ersten zwei Tagen bei normalen Temperaturen deutliche Salzsäure-reaktion. Bei Eintritt mäßigen Fiebers in den folgenden Tagen war die Reaktion negativ; — dabei die Chloride im Harn unter der Norm.

3) Untersuchungen bei Gastrektasie in Folge von Carcinoma ventriculi sind nur kurz angedeutet und wie überhaupt diese zweite Versuchsreihe den Eindruck macht, dass Verf. die Arbeit noch nicht vollständig zum Abschluss gebracht hatte, als ihn die Krankheit, der er erlag, an der Weiterarbeit hinderte.

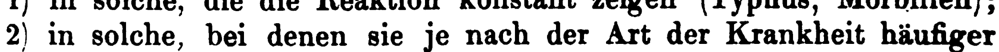
Engesser (Freiburg i/B.).

---

467. P. Ehrlich. Über eine neue Harnprobe.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. V. Hft. 2.)

Ausgehend von der Thatsache, dass die Diazoverbindungen sich mit einer großen Zahl von Körpern, insbesondere den Phenolen, so wie den primären, sekundären und tertiären Mono- und Diaminen der aromatischen Reihe ohne Weiteres zu Farbstoffen verbinden, hat E. untersucht, ob nicht auch im menschlichen Urin derartige Stoffe vorkämen. Als Diazoverbindung benutzte Verf. direkt Lösungen, in denen unter dem Einflusse von Nitriten und Mineralsäuren Diazokörper entstanden waren; es wurden zu dem Zwecke 500 ccm H_2O mit 30—50 ccm Acid. nitr. puriss. und mit so viel Sulfanilsäure versetzt, dass noch ein Überschuss der letzteren am Boden blieb; wenige Körnchen Natriumnitrit in einem Reagensglas in Wasser gelöst, werden allmählich unter Umschütteln der ersten Lösung zugefügt. Versetzt man nun gleiche Lösungen dieses Reagens mit normalem Urin, so tritt kaum eine Farbenänderung des Urins auf, bei Zusatz von Kalilauge oder Ammoniak wird der Urin gelb oder orange gefärbt, diese Färbung theilt sich jedoch dem durch Schütteln erhaltenen Schaum nicht mit. Auch die nach längerem Stehenlassen sich bildende Schicht niedergeschlagener Erdsalze weist keine deutliche Färbung auf. Gewisse pathologische Urine zeigen nun ganz prägnante Farbenreaktionen; von diesen bespricht E. nur folgende als wichtigste. Versetzt man einen derartigen Urin in derselben Weise mit dem Reagens, so tritt bei Zusatz von Ammoniak eine intensive Karmin- oder Scharlachfarbe auf, die besonders deutlich am Schaum gesehen werden kann; die nach einiger Zeit sich bildende Schicht der Erdsalze zeigt eine bald breitere, bald schmäler gefärbte dunklere Zone. Diese Reaktion zeigte sich nun mit Ausnahme einer Krankheit, der Phthisis pulmonum, an das Auftreten fieberhafter Processe gebunden. Die fieberhaften Krankheiten zerfallen nach den bisherigen Erfahrungen E.'s in Bezug auf die Reaktion in 3 Gruppen: 1) in solche, die die Reaktion konstant zeigen (Typhus, Morbillen); 2) in solche, bei denen sie je nach der Art der Krankheit häufiger





oder seltener vorkommt (Erysipelas, Miliartuberkulose, Pleuritis, Scarlatina etc.; 3) bei denen sie fast nie zu Tage tritt (Pneumonie, Diphtheritis).

Zum Schluss giebt E. die Folgerungen, die er aus seinen Erfahrungen ziehen zu dürfen glaubt:

1) Die Reaktion ist eines der konstantesten Merkmale des Typh. abdom. von Mitte der ersten Woche ab. 2) Ist die Reaktion nur gering, so verlaufen die Fälle gewöhnlich leicht. 3) Hört die Reaktion im ersten Typhusstadium auf, ohne dass Komplikationen mit Krankheiten der 3. Gruppe auftreten, so treten wahrscheinlich in 3—5 Tagen remittirende Temperaturen auf. 4) Die Reaktion kann nicht zum differentialdiagnostischen Merkmal der 1. und 2. Gruppe verwandt werden. 5) Tritt die Reaktion bei krupöser Pneumonie auf, so deutet sie auf das Bestehen von Komplikationen hin. 6) Bei Phthisis pulmonum ist das Auftreten der Reaktion ein Signum mali ominis. 7) Langandauernde Reaktion ohne Fieber weist auf Lungenschwindsucht hin. **Lachmann** (Frankfurt a/M.).

---

468. **J. D. Tholozan.** Des éclosions de la peste dans le Kurdistan pendant les douze dernières années.

(Comptes rendus 1882. tome XCV. p. 549.)

Seit den Jahren 1831—32 kam die Pest in Kurdistan zum ersten Male wieder gegen Schluss des Jahres 1870 zum Ausbruch; seitdem folgten fernere Epidemien 1877 und 78 und 1881 und 82. Sowohl 1870, wie 1877 befiel die Seuche das von dem Mukri-Stamm bewohnte Gebiet zwischen den Flüssen Djagatu und Tatau, das zweite Mal aber auch zu ungefähr gleicher Zeit das außerhalb dieses Distrikts gelegene Dorf Karakul nebst drei benachbarten Flecken. Die Epidemie von 1881—1882 bewegte sich innerhalb dreier von einander getrennter Herde. In einem derselben, im Dorfe Mansur, hatte die Bevölkerung 1880 viel vom Kriege gelitten; das Dorf war geplündert und verbrannt, Menschen- und Thierleichen verpesteten die Luft, dazu kam im Winter Hungersnoth, Typhus und Ruhr. November 1881 brach die Pest aus. In dem zweiten Herde war eine schwere Viehseuche vorangegangen; die Kadaver der gefallenen Thiere blieben im Freien liegen, ja sogar das Fleisch derselben wurde genossen.

Verf. verwerthet seine Beobachtungen, die autochthone Entstehung der Pest zu erweisen. Dieselbe hat in der zwölfjährigen Periode nur die einzeln aufgeführten Orte ergriffen und ist nach kurzer Zeit jedes Mal vollständig erloschen. Eben so ist das übrige Kurdistan, so wie die Nachbarländer von der Seuche absolut frei geblieben. Auch wenn eine Epidemie sich zu großer Ausdehnung entwickelt, braucht dies nicht nothwendig die Folge von Ansteckung zu sein, sondern kann aus einer Reihe allmählich vorbereiteter Bedingungen resultiren. **Würzburg** (Berlin).

---

469. **C. Rockwitz.** Die Infektionskrankheiten im Reg.-Bez. Kassel während der Jahre 1875—1879.

(Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen des Reg.-Bez. Kassel 1882. p. 16—54.)

Die meisten Opfer forderte in der Berichtsperiode unter den Infektionskrankheiten die Diphtherie, welcher 5973 Personen (5,52% der Gestorbenen), dreimal so viel, wie dem Typhus, erlagen. Die Diphtherie gehört in dem Bezirk schon seit längeren Jahren zu den stehenden Krankheiten, sie zeigt sich zu allen Zeiten und in allen Gegenden als Einzelerkrankung, entwickelt sich aber auch vielfach zu Haus- und Ortsepidemien. In ätiologischer Beziehung ist wenig zu eruiren, selbst die allgemeine Annahme, dass Verunreinigung des Bodens, der Luft und des Wassers ihrer Verbreitung förderlich sei, bleibt in so fern nicht unangefochten, als die Diphtherie einzelne Orte und weite Distrikte, die wegen dieser sanitären Missstände berüchtigt und von Typhus stets heimgesucht sind, fast gänzlich verschont, andererseits dagegen in anscheinend gesundesten Gegenden oft verheerend auftritt. Man begegnet ihr in den der Überschwemmung ausgesetzten sumpfigen Niederungen eben so oft, wie auf den Höhen des Spessart, Vogelsbergs, Thüringer Waldes und der Rhön. Der Unterleibstyphus, welcher eine Mortalität von 1917 Fällen verursachte (1,8% der Gestorbenen), hat vorzugsweise in den ländlichen Gemeinden und in den kleineren Städten mit ländlichem Charakter seine Verbreitung gefunden; gerade Kassel und Hanau mit der dichtesten Bevölkerung hatten die wenigsten Typhuserkrankungen. Verf. erklärt dies durch die wesentlich schlechteren hygienischen Verhältnisse der ländlichen Bevölkerung. In Fulda, Marburg und Ziegenhain wurde der Typhus vornehmlich in den Stadttheilen und Straßen beobachtet, in welchen schlechte Kanäle mit stagnirendem Inhalte, undichte Mist- und Abtrittsgruben Boden, Wasser und Luft verdorben hatten. Der Verlauf der Erkrankungen war in einzelnen Epidemien sehr schleppend, die Rekonvalescenz protrahirt. — Flecktyphus kam gar nicht, Rückfallfieber erst in der zweiten Hälfte des Jahres 1879 vor. Dasselbe scheint durch vagirende Handwerksburschen und Arbeiter eingeschleppt zu sein und befiel fast nur arbeitslose, durch Mangel und Noth heruntergekommene Personen. Den Scharlachepidemien, welche einen schleppenden Verlauf nahmen, gingen Wochen, oft Monate lang sporadische Fälle voraus, wie solche auch fast überall noch lange Zeit hindurch nachfolgten; es dauerte mitunter über ein Jahr, ehe ein Bezirk seuchenfrei wurde. Die Masern waren meist gutartig und hielten gewöhnlich einen regelmäßigen 2—3jährigen Turnus ein. Charakteristisch war das plötzliche Erscheinen und die außerordentlich schnelle Verbreitung der Krankheit in den einzelnen Orten, dagegen dauerte es oft längere Zeit, bis sie von Ort zu Ort wanderten. Der Keuchhusten war seltener, machte seinen Rundgang in 1—1½ Jahren und hielt dabei einen Turnus von 2—3 Jahren ein. Ruhr wird im Reg.-Bez. Kassel im Ganzen selten



beobachtet. Die Pocken kamen nur einmal, 1876 und 77, in epidemischer Verbreitung vor. Die Kranken wurden nach Möglichkeit in besonderen Kontagienhäusern isolirt, Kinder und Erwachsene in den betroffenen Kreisen in ausgedehnter Weise geimpft resp. wiedergeimpft. Über Puerperalfieber sind keine zuverlässigen Nachrichten vorhanden, mit Ausnahme der Stadt Hanau von 1876 ab, woselbst 48 Erkrankungen mit 14 Todesfällen verzeichnet wurden.

Würzburg (Berlin).

---

470. **Snell** (Hildesheim). Über das Verhältnis der Dementia paralytica zur Syphilis.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)
(Cf. Centralblatt f. klin. Med. II. Jahrgang. No. 7. p. 99.)

Anknüpfend an eine frühere Bemerkung auf der Naturforscher-Versammlung zu Baden-Baden, dass auch bei der Dementia paralytica bezüglich der vorausgegangenen Syphilis ein ähnliches auffallendes Verhältnis (circa 75%) nachweisbar sei, wie dies Erb für die Tabes dorsalis statuirte, weist S. an 21 Paralytikern, z. Z. in der Irrenanstalt zu Hildesheim befindlich, nach, dass 11 derselben früher an Syphilis gelitten hatten. Bei einem 12. Kranken ist frühere syphilitische Infektion sehr wahrscheinlich, bei vier weiteren Kranken finden sich Geschwürnarben am Penis, ohne dass über deren Entstehung Auskunft zu erlangen wäre. Von den 11 früher an allgemeiner Syphilis erkrankten Paralytikern zeigten 10 keine Erscheinungen der Syphilis mehr beim Ausbruche der Paralyse; 5 derselben hatten gesunde Kinder erzeugt. Nur bei einem dieser 11 bestand syphilitische Psoriasis bei seiner Aufnahme; diese heilte nach Einreibung von grauer Salbe und nachfolgendem Jodkaliumgebrauch, aber die Paralyse schritt weiter. Von drei paralytischen Frauen war keine nachweisbar früher syphilitisch. Der Umstand, dass bei Frauen Syphilis und Paralyse seltener sei, als bei den Männern, während bei den Prostituirten, die häufiger an Syphilis leiden, die allgemeine Paralyse nicht selten zu sein scheine, weist auf einen gewissen Zusammenhang zwischen beiden hin. Da syphilitische Krankheitsprocesse im Gehirn ähnliche oder gleiche Erscheinungen wie die Dementia paralytica bieten, da die konstitutionelle Syphilis in der Vorgeschichte der Paralytiker eine hervorragende Rolle spielte, ein ursächliches Verhältnis aber bis jetzt nicht nachgewiesen werden kann, so vermuthet S., dass vielleicht manche Formen der Syphilis im Gehirn pathologische dauernde Veränderungen erzeugen, welche wenigstens als disponirend zur Dementia paralytica anzusehen sind.

Oebeke (Endenich).



471. **Ungar** (Bonn). Über die Bedeutung der Leyden'schen Krystalle für die Lehre des Asthma bronchiale.

(Verhandlungen des I. Kongresses für innere Medicin.)

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1882.

Vor zehn Jahren fand Leyden in dem Sputum von sieben an Asthma bronchiale Erkrankten in sechs Fällen die Charcot'schen Krystalle: bei dem siebenten stand ihm nur Sputum aus der Remissionszeit zu Gebote, es fanden sich keine Krystalle vor, ein Verhalten, welches sich auch bei den anderen Asthmatikern bisweilen zeigte, wenn das untersuchte Sputum aus der anfallfreien Zeit herrührte. Bei anderweitigen Lungenerkrankungen fanden sich die Krystalle nicht, so dass Leyden wohl behaupten durfte, dass jene Krystalle zu dem Asthma bronchiale in specieller Beziehung ständen; er suchte sich das paroxysmenweise Auftreten des Asthma zu erklären dadurch, dass die feinen spitzen Krystalle die Schleimhaut der Alveolen und der kleinen Bronchien resp. die Nervenendigungen des Vagus reizen und so die Anfälle auslösen sollten. Diese Lehre hat aber noch nicht so allgemeine Anerkennung gefunden, dass nicht neue eingehende Untersuchungen von Werth wären. U. nahm die Sputa-Untersuchung von 39 an Asthma bronchiale Leidenden vor und in allen Fällen fanden sich die Krystalle, selbst sogar dann, wenn nur das Produkt einer einmaligen Expektoration zur Verfügung stand. Die Übung erleichterte wesentlich das Auffinden, so dass selbst bei flüchtigem Untersuchen die Krystalle erschienen, ja U. konnte die Krystalle selbst dann nachweisen, wenn von Anderen mit dem Mikroskop Geübten keine aufgefunden wurden; manchmal kostete es viele Mühe, um überhaupt die Pat. zum Expektoriren bewegen zu können. Diese Schwierigkeiten erklären wohl auch, wesshalb die Krystalle in diesem oder jenem Falle anderer Forscher ausdrücklich verneint werden. Die krystallhaltigen Sputa sind so beschaffen, wie sie Leyden beschreibt; U. macht besonders aufmerksam auf eigenthümliche gerinnselartige Gebilde, auf welche Leyden weniger Werth legte. Diese gerinnselartigen Gebilde sind entweder als langgestreckte, cylinder- oder bandförmige undurchsichtige Fäden von grüngelber Farbe bemerkbar oder als knäuelartige Masse, welche sich bei der Entwirrung als aus zusammengerollten und zusammengeballten länglichen, fadenförmigen Gebilden bestehend erweist. Besonders zierlich erscheinen viele dieser Gerinnsel durch eine eigenthümliche, spiralige Achsendrehung; bisweilen sind 2, 3 Fäden derartig spiralig aufgedreht, dass sie ein strickartiges Ganze darstellen. Wenn man die Ballen weniger vorsichtig behandelt, so zerstört man leicht den Zusammenhang der Gerinnsel und es scheint dann, als ob man eine Anzahl nur neben einander liegender, kleinerer Pfröpfe oder Würstchen vor sich habe. In diesen Gerinnseln und in den kleineren Pfröpfen finden sich nun große Mengen von Leyden'schen Krystallen. Dass die Krystalle an der Peripherie überwiegen sollen, ist nur scheinbar, wie man sich durch

stärkeren Druck auf das Deckgläschen überzeugen kann. Interessant ist, dass im Anfange des Anfalles die Krystalle zierlich und klein, in geringer Menge erscheinen, während in dem Sputum aus der Intermissionszeit oder aus dem Anfalle, welcher schon mehrere Tage währte, neben zahlreichen kleineren Krystallen sehr große auftreten. Bisweilen gelingt es durch mehrtägiges Aufbewahren in der feuchten Kammer eine nachträgliche Ausscheidung von Krystallen zu erzielen in Gerinnseln, die vorher nicht krystallhaltig erschienen.

Versuche, in Sputis, welche von nicht an Asthma Leidenden herrührten, in der feuchten Kammer Krystalle zu erzielen, misslangen.

Somit kann U. nur bestätigen, dass die Auffassung Leyden's, als ob die Krystalle zu dem Krankheitsbilde des Asthma bronchiale gehörten, für bewiesen gelten muss. Anders verhält es sich mit der Ansicht, dass die Krystalle eine Eigenthümlichkeit des Asthma bilden und zu dieser Krankheit in specieller Beziehung stehen. Es ist nämlich durch Friedreich, Zenker und Riegel hinlänglich bewiesen, dass bei der Bronchitis fibrinosa, einer höchst seltenen Erkrankung, auch jene Krystalle vorkommen. Bei der Bronchitis fibrinosa treten Gerinnselbildung auf, die auffallende Ähnlichkeit mit den Gerinnseln des Asthma bronchiale haben, ja sie zeigen sogar oftmals die spiralige Achsendrehung, so dass von vorn herein der Gedanke nahe liegt, dass diese beiden Erkrankungen gewissermaßen verwandt sind: ein Verhältnis, auf welches Leyden ebenfalls aufmerksam macht. Durch diese Übereinstimmung in der Gerinnselbildung angeregt, untersuchte U. die Frage, ob nicht sowohl beim Asthma, wie bei dieser Bronchitis der Schwerpunkt in der Gerinnselbildung innerhalb der Bronchiallumina zu suchen sei: also eine neue Pathogenese des Asthma bronchiale. Bei allen bisherigen Erklärungen wird zu wenig Werth gelegt auf die exsudativen Vorgänge, sondern das Interesse wendet sich fast stets den Krystallen zu, welche nach U.'s Versuchen nur als Zerfallsprodukte zu bezeichnen sind. Zunächst zeigt Verf., dass das Lumen der feineren Brochien sich in den verschiedenen Athmungsphasen verschieden verhält, dass es sich während der Inspiration erweitert und während der Exspiration verengert; an der Hand dieser Thatsache erklärt sich die vorwiegend exspiratorische Dyspnoe des Asthma bronchiale, die Lungenblähung und der Tiefstand des Zwerchfelles, ohne Zuhilfenahme des spasmodischen Elementes. Der Luftzutritt zu den Alveolen ist durch die Gerinnsel nicht besonders beeinträchtigt, während der Austritt hochgradig behindert ist: es folgt also exspiratorische Dyspnoe, akute Aufblähung der Lunge. Die Exkursionen des Zwerchfelles werden mechanisch behindert und endlich völlig unmöglich. Auf diese Weise verstehen wir auch, wesshalb die einzelnen Asthmaattacken so verschieden sind: bald ist die Zahl der ergriffenen Bronchien verschieden, bald ist die Intensität des exsudativen Processes in den einzelnen Bronchien wechselnd. Die Einwürfe, welche gegen diese Theorie erhoben werden könnten, widerlegt U. in verständlicher Weise und spricht zum Schlusse die



Ansicht aus, dass wir es beim Asthma bronchiale zu thun haben mit einem exsudativen Process, welcher in den feineren Bronchien verläuft und für welche Erkrankung er den Namen Bronchitis fibrinosa capillaris vorschlägt, wegen der Ähnlichkeit der Gerinnselbildung mit den Endverzweigungen der Gerinnsel bei Bronchitis fibrinosa.

Prior (Bonn).

---

472. **George M. Beard.** How to use the Bromides.

(Read before the American neurological association 1881. Juni. Journal of nervous and mental disease vol. VIII. 1881. Juli. No. 3.)

B. stellt über den Gebrauch der Bromide, die er in Bezug auf Werth und Sicherheit ihrer Wirkung neben Chinin und Opium stellt. unter hauptsächlicher Berücksichtigung der anderen funktionellen Nervenkrankheiten außer der Epilepsie, im Wesentlichen folgende Sätze auf:

1) Das Ziel bei der therapeutischen Anwendung der Bromide ist die Bromisirung (»Bromization«) des Organismus in geringerem oder höherem Grade. Die Symptome der Bromisirung variiren von leichter Schläfrigkeit oder allgemeiner Beruhigung bis zu völligem Stupor, Bewusstlosigkeit, äußerster Muskelschwäche, Schwierigkeit der Artikulation, Herabsetzung aller Funktionen; bisweilen zeigen sich, statt der gewöhnlich das erste Symptom bildenden Schläfrigkeit am Tage, zunächst Schmerzen in den Gliedern, oder Schwächegefühl. Zu therapeutischen Zwecken genügt gewöhnlich der mildeste Grad von Bromisirung, nur bei hysterischen und neurasthenischen Zufällen braucht man, wie bei der Epilepsie einen mittleren Grad; eben so auch, wenn man die Bromide als Präventivmittel gegen die Seekrankheit anwenden will.

2) Um die Bromisirung zu erreichen, ist es absolut nöthig, große Dosen (beiläufig 2—5 g und mehr) zu geben; doch muss man bei den Initialdosen auf Idiosynkrasien Rücksicht nehmen.

3) Außer bei Epilepsie darf der Gebrauch der Bromide nur kurze Zeit (ein paar Tage bis eine Woche) fortgesetzt, und muss stets überwacht werden. Die Bromisirung tritt mitunter sehr rapide ein — B. sah bei einer Dame nach 6,0 Kal. bromat. innerhalb 20 Minuten die ersten Symptome, innerhalb einer halben Stunde Bewusstlosigkeit, Kälte der Extremitäten, fadenförmigen, sehr schnellen Puls eintreten, so dass die Pat. während 2 Stunden mit dem Tode zu ringen schien, und mehrere Tage lang das Bett hüten musste —, oft aber zeigen sich die Symptome erst nach längerem Gebrauch (mitunter erst nach einer Woche und mehr), treten dann aber ganz plötzlich, und häufig mit ganz besonderer Intensität auf. Auf dieses späte Eintreten der Wirkung der Bromide sind wohl manche Misserfolge in der Erzielung von Schlaf zurückzuführen; es ist auch desswegen zweckmäßig, die Mittel nicht unmittelbar vor dem Schlafengehen, sondern im Laufe des Tages, oder noch besser, je eine Dosis Morgens und Abends nehmen zu lassen.



4) Bei längerem oder wiederholtem Gebrauch der Bromide muss man mit Tonicis (Chinin, Strychnin) abwechseln, entweder eine Woche lang diese, die nächste Woche jene, oder aber, während des Tags Tonica, zur Nacht die Bromide. Bei zu weit gehender Bromisirung empfiehlt B. als Antidot Coffeïnum citricum in Dosen von 0,2—0,3, auch Strychnin, eventuell subkutan, und Chinin. Übrigens kann man auch die Brompräparate ihrerseits anwenden, um die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinin zu vermeiden resp. zu verringern.

5) Es ist vortheilhaft, die verschiedenen Brompräparate zu kombiniren, resp. mit ihnen zu wechseln. Kal. bromat. enthält 68% Brom, Calcium- und Natr. bromat. 80%, Ammon. bromat. 81%, Lith. bromat. 92%. Natr. bromat. schmeckt weniger unangenehm und belästigt den Magen weniger als die anderen Präparate. Die Dosen müssen in starker Verdünnung (1—2 Glas Wasser) gegeben werden; es ist dies schon desswegen zweckmäßig, weil Nervenleidende häufig, gewissermaßen als Symptom ihrer Erkrankung, Mangel an Durst zeigen.

6) Es giebt Fälle, auch bei Nichtepileptikern, wo man die Brompräparate in häufiger, wenn nicht regelmäßiger Wiederholung geben muss. Hier muss man den Gebrauch genau überwachen, um zu rechter Zeit einzuhalten; auch soll man versuchen, die Pat. durch zeitweisen Gebrauch anderer Sedativa (auch warmer Bäder und Elektricität) von den Brompräparaten zu entwöhnen. Anämie ist eben so wenig wie Hyperämie eine Kontraindikation gegen die Anwendung der Brompräparate. **Freudenberg** (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

473. **Zillner** (Wien). Ein Fall von Vergiftung durch chlorsaures Kali.

(Wiener med. Wochenschrift 1882. No. 45.)

Einem 31 Jahre alten Arbeiter wurde Kali chloricum in Substanz (20,0) aufgeschrieben zum Gurgelwasser (messerspitzenweise in Wasser zu lösen). Am dritten Tage wurde Pat. plötzlich von Konvulsionen befallen, der herbeigerufene Arzt verglich das Bild mit dem eines epileptischen Anfalles; unmittelbar nachher starb der Kranke. Von dem Kali chlor. waren 11,75 verbraucht worden, wahrscheinlich hatte der Kranke die Lösung verschluckt anstatt damit zu gurgeln.

Bei der gerichtlichen Obduktion ergab sich schon bei der Besichtigung der Leiche eine auffällig graue Farbe der Todtenflecke, so dass schon vor der Sektion daraus die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Vergiftung mit Kali chlor. gestellt wurde.

Das Blut war chokoladebraun, trübte sich nach Wasserzusatz, welche Trübung sich durch Ammoniak aufhellte. Die mit Wasser verdünnte und filtrirte Lösung zeigte vor dem Spektrokop in dünnen Schichten die beiden Streifen des Oxyhämoglobin und eine Beschattung in Roth, in dicken Schichten erschien der ganze rechte Theil des Spektrums bis zur Grenze von Gelb und Roth ausgelöscht, in letzterem aber der Methämoglobinstreifen. Die rothen Blutkörperchen waren nicht zerklüftet.



Die Nierenpyramiden gleichmäßig braun gefärbt (nicht braunroth gestrichelt, wie in anderen Fällen), die Tubuli recti waren leer, nur die Gefäße bis hinauf zu den Malpighi'schen Knäueln dicht mit Blut gefüllt. Der Harn weder Blut noch Blutbestandtheile, wohl aber Eiweiß. Im Sedimente Epithelien, keine Cylinder. Im Harn fand sich noch unzersetztes Kali chlor., keines im Blut.

Der Tod war frühzeitig eingetreten, es handelt sich demnach um einen der selteneren Fälle höchst akuten Verlaufes, wo noch nicht alles Gift im Körper zersetzt, die Zerstörung der Blutformbestandtheile und Bluthamen nocht nicht aufgetreten waren. **Seifert** (Würzburg).

474. **O. Soltmann.** Cysticercus cerebri multiplex bei einem einjährigen Kinde.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 20.)

Bei einem einjährigen Kinde, das vor etwa 4 Wochen mit Erbrechen, Krämpfen, Schielen und Sopor erkrankt, schon am dritten Tage nach der Aufnahme in das Hospital starb, erwies sich eine Cysticerceninvasion des Hirns als Todesursache. Von den Symptomen während des Aufenthaltes, welche ganz die einer Cerebraltuberkulose waren, war auffallend nur ein ruckweises Vorstoßen und Zurückziehen der Zunge. Bei der Sektion fanden sich neben Hydrocephalus externus und internus und Oedema piae matris in der Mitte der grauen Substanz des Gyrus fornicatus rechterseits ein weißlich-blauer, etwa erbsengroßer Cysticercus; ein eben so großer im linken Nucleus lenticularis am hinteren Abschnitt der Capsula interna; zwei kleinere dicht bei einander in der Rinde, an der Spitze des linken Lob. occipit. auf dessen unterer Fläche. Die Umgebung der Herde war besonders blutreich. Wie in den früher beobachteten Fällen von Cysticercus bei Kindern, war auch hier in keinem anderen Körpertheil die Finne, im Darm keine Tänie nachzuweisen. Verf. betont das einzig dastehende jugendliche Alter; die im Leben beobachteten Symptome leitet er vom Hydrocephalus her, da auch die Krampfbewegungen der Zunge kaum als Herdsymptome gedeutet werden können.

Eger (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 35 u. 36. **Sonnabend, den 16. December.** **1882.**

475. D. G. v. Liebig. Die Pulskurve.

(Du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie 1882. Hft. 3 u. 4. p. 193—232. Mit 3 Tafeln.)

Die vorliegende Untersuchung ist durchweg an einem künstlichen Kreislaufsapparat ausgeführt, der aus einer mit konischen



Klappen versehenen kleinen Pumpe und aus zwei elastischen Röhren für das arterielle System bestand. Der Abfluss erfolgte in ein besonderes (venöses) System elastischer Röhren (vgl. das Orig.). Zur Darstellung der Kurven diente ein Sommerbrodt'scher Sphygmograph; dieselben wurden entweder bei behindertem oder freiem Abfluss aus dem venösen Rohre aufgenommen.

Verf. fand nun, dass bei einer bestimmten Stoßkraft und Hubmenge (am geschlossenen Rohre) zwei Kurvenspitzen eintreten können, und dass die erste Spitze vor Beendigung des Eintrittes der wellenerregenden Flüssigkeit, daher vor Beendigung des Hubes zu konstatiren ist. Mit dem Klappenschlusse kann die zweite Welle wohl zusammentreffen, ohne aber direkt durch denselben bedingt zu werden. Ein gleiches Verhalten kann am geöffneten Rohre beobachtet werden. Verf. weist an der Hand der durch mannigfache Variirung der Versuchsbedingungen erhaltenen Kurven nach, dass das Eintreten einer Welle vor Beendigung des Hubes hauptsächlich von der Strömungsgeschwindigkeit der eintretenden Flüssigkeitsmenge abhängt, derart, dass bei geringer Geschwindigkeit noch vor Beendigung des Hubes die Bedingungen zur Spitzenbildung erfüllt werden. Diese glaubt Verf. in der durch das Einströmen der Flüssigkeit bedingten Erweiterung und in der durch den jeweiligen Füllungszustand des Rohres verursachten Geschwindigkeit des Eintrittes der Flüssigkeit nachweisen zu können.

Im Momente des Klappenschlusses kann in Folge Zusammenziehung des Rohres, die in der Umgebung der Klappen beginnt, Veranlassung zur Wellenbildung gegeben sein; wenn aber der Eintritt der Flüssigkeit mit der gleichen Geschwindigkeit wie der Abfluss erfolgt, so wird keine Welle gebildet. Mit steigender Stoßkraft kommt aber dieselbe zum Vorschein und kann, allmählich der Kurvenspitze immer näher rückend, schließlich sogar mit ihr verschmelzen. Auf diese Weise können zusammengesetzte Wellen entstehen.

Die Abflusserhebung im absteigenden Kurvenschenkel (Rückstoßwelle, Landois) wird nach den Untersuchungen des Verf.s durch eine negative (Thal) Welle hervorgerufen, welche sich beim Abfließen der eingetriebenen Flüssigkeit am Rohrende entwickelt und gegen den Anfang des Rohres fortschreitet. Am geschlossenen und gleichmäßig gefüllten Rohre ist die Welle am Rohrende am größten und liegt der Grundlinie am nächsten; je näher der Sphygmograph gegen den Anfang des Rohres rückt, desto kleiner wird die Welle und desto höher rückt sie auf der Abflusslinie hinauf. Am offenen Rohre ist jedoch die Wellenbildung und die Abflusswelle am Anfangstheile des Rohres am größten und verkleinert sich gegen das Ende, ein Umstand, den der Verf. auf Interferenzerscheinungen der durch das Eindringen der Flüssigkeit in den Schlauch erzeugten Wellen mit den Abflusswellen durch Berechnungen und Messungen der Rohrlängen zurückführt. Es war daher Verf. auch möglich, unter ganz bestimmten Bedingungen Kurven zu erhalten, welche mit den nor-



malen Pulskurven vollständig übereinstimmen. Bei diesen schließt sich die Abflusslinie unmittelbar an die Kurvenspitze an (wenn die Klappenschlusswelle entweder mit der Kurvenspitze zusammenfällt, oder wenn sie erst später eintritt), dann fällt die Abflusslinie entweder ununterbrochen bis zur Abflusswelle ab (wenn der Klappenschluss keine Veranlassung zur Wellenbildung giebt, oder dieselbe schon früher erfolgt ist), oder aber es kommt zur Bildung einer Klappenschlusswelle (bei großer Strömungsgeschwindigkeit), welche auf den verschiedensten Punkten der Abflusslinie aufgesetzt sein kann. Das mehr oder weniger deutliche Auftreten der Abflusswelle hängt von der Geschwindigkeit der Entleerung ab. Dass diese Abflusswelle eine negative von der Peripherie gegen das Centrum verlaufende ist, hat Verf. mit Zuhilfenahme mehrerer an verschiedenen Punkten des Rohres angebrachter Manometer zu beweisen gesucht. In einer folgenden Mittheilung verspricht Verf. die Anwendung dieser Deutung der Wellenbildung an elastischen Schläuchen auf den menschlichen Puls.

Löwit (Prag).

---

476. W. J. Belfield. Über depressorische Reflexe, erzeugt durch Schleimhautreizung.

(Du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie 1882. Hft. 3 u. 4. p. 298—313.)

Verf. fand (im Laboratorium von v. Basch), dass man bei kurarisirten Hunden durch mechanische Reizung der Schleimhaut von Vagina und Rectum depressorische Reflexe auf die Gefäße auslösen könne. Der Blutdruck kann um 5—52 % erniedrigt werden. Die Erscheinung ist am deutlichsten, wenn man die oberflächlichen Theile der Schleimhaut reizt, von tieferen erhält man häufig pressorische Reflexe. Die centrifugale Bahn für den depressorischen Reflex liegt in den Nn. splanchnicis, die centripetale Bahn in den aus dem Lendenmarke entspringenden Nerven. Zerstörung des Lendenmarkes vernichtet den Reflex vollständig.

Löwit (Prag).

---

477. P. L. Schweinburg. Weiteres über die Entstehung der respiratorischen Blutschwankungen.

(Du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie 1882. Hft. 5 u. 6. p. 540—542.)

In einer früheren Arbeit hatte Verf. bereits darauf hingewiesen, dass die respiratorischen Blutdruckschwankungen hervorgerufen sein dürften durch die in Folge der Kontraktion und Erschlaffung des Zwerchfelles veranlassten Änderungen des intraabdominalen Druckes. Zur Stütze dieser Anschauung führt nun Verf. an, dass die respiratorischen Druckschwankungen (bei Hunden) sistiren, sobald man die Aorta unterhalb des Zwerchfelles komprimirt, wenn nur nach dieser Operation die Thiere ruhig und gleichmäßig weiter athmen (Respirationskurven vor und nach der Operation fehlen. Ref.). Verf.



glaubt mithin einen direkten Beweis dafür erbracht zu haben, dass die respiratorischen Blutdruckschwankungen durch Vermehrung und Beseitigung arterieller Stromwiderstände in den Unterleibsgefäßen in Folge Zwerchfellaktion hervorgebracht werden. (Vgl. dagegen S. de Jager, Pflüger's Archiv 1882. Bd. XXVII. p. 152.)

Löwit (Prag).

---

478. **H. C. Wood** and **E. T. Reichert.** A contribution to our knowledge of the action of certain drugs upon bodily temperature. Beitrag zur Kenntnis des Einflusses gewisser Droguen auf die Körpertemperatur.

(Journ. of physiol. [Foster] 1882. Vol. III. p. 321—326.)

Die Änderung der Körpertemperatur unter dem Einflusse gewisser Substanzen wurde auf kalorimetrischem Wege aus den Änderungen der Wärmeproduktion und der Wärmeabgabe bestimmt. Untersucht wurden die verschiedenen Alkaloide der Chinarinde, einige Kalisalze, Koffeïn, Natronsalicylat, Aconitin, Atropin und Alkohol. Bei Anwendung des Chinin war sowohl Wärmebildung als Wärmeabgabe hochgradig gesteigert, letztere in weit höherem Grade als erstere. Die Kalisalze steigern Wärmebildung und Wärmeabgabe; in den einzelnen Versuchen war entweder die erste gegenüber der zweiten vermehrt, oder umgekehrt. Das Koffeïn erhöhte die Wärmeproduktion in drei Versuchen gegenüber der Wärmeabgabe. Dasselbe gilt vom Alkohol, in zwei Versuchen wurde das umgekehrte Verhältnis konstatirt. Verf. sind nicht in der Lage, angeben zu können, ob unter dem Einflusse der genannten Substanzen primär die Wärmebildung oder die Wärmeabgabe alterirt werden. **Löwit** (Prag).

---

479. **v. Mehring.** Über die hypnotisirende und anästhesirende Wirkung der Acetale.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 43.)

M. hat das Dimethylacetal und das Diätylacetal bezüglich ihrer Wirkung auf den Thierkörper geprüft. Bei Fröschen trat nach 0,05 Substanz motorische Lähmung und Bewusstlosigkeit, gefolgt von vollständiger Anästhesie und Erlöschen der Reflexthätigkeit ein. Zur Erholung gebrauchten sie 2 Stunden, die Herzthätigkeit wurde nur in geringer Weise verändert. Eben so zeigte sich bei Warmblütern (Kaninchen 2—4 g subkutan, Hunde 10 g per Schlundsonde) tiefe Narkose und vollständige Anästhesie bei kräftiger Athmung und vollkommen intakter Herzthätigkeit. Letztere wird überhaupt zuletzt afficirt, arbeitet noch fort bei totaler Lähmung aller anderen wichtigen Organe, ganz im Gegensatz zu den chlorirten Anästheticis der Fettreihe, die gerade aufs Herz intensiv einwirken. Versuche am Menschen ergaben, dass bei Dosen von 10—12 g 6 Personen mehrere



Stunden schliefen, 2 gar nicht, dass sich aber auch schon auf 8 g Betäubung und Befreiung von Schmerzen einstellten.

Acetal wirkt also schwächer als Chloral, ist aber in den Fällen vorzuziehen, wo Ätzung oder unangenehme Wirkung auf das Herz vermieden werden soll. Auch eignet es sich vermöge seiner Flüchtigkeit zur gemischten Narkose mit Chloroform.

Karewski (Berlin).

---

480. **Albertoni.** La Cotoina. Das Cotoin.

(Annal. univers. di med. e chir. 1882. No. 29.)

Nach kurzen pharmakologischen Bemerkungen über das von Jobst entdeckte wirksame Princip der Cotorinde, das Cotoin, bespricht A. die physiologischen Wirkungen desselben. Beim gesunden Menschen erhöht das Cotoin in Dosen von 0,1—0,2 mehrmals täglich den Appetit, hat keinerlei unangenehme Nebenwirkungen und erzeugt keine Verstopfung. In alkalischer Lösung bei Kaninchen subkutan injicirt, zeigt es keine erwähnenswerthen Wirkungen. Es löst sich nicht im Magen und nur langsam in der alkalischen Darmflüssigkeit. Trotzdem wird es resorbirt, da es im Harn nachgewiesen werden kann. Seine charakteristischen Reaktionen sind: gelbe Färbung durch Alkalien, blutrothe durch Salpetersäure, gelbbraune durch Schwefelsäure. Es besitzt nur geringe, fäulniswidrige Eigenschaften.

Therapeutisch hat A. das Cotoin in ca. 100 Fällen von Diarrhoe geprüft und überwiegend günstige Resultate erhalten. Er theilt eine Reihe von Krankengeschichten im Auszug mit, über die das Nähere im Original nachzusehen ist. Die Mehrzahl seiner Pat. betraf Geisteskranke und sehr heruntergekommene Individuen. Um die Wirkung des Mittels rein zu erhalten, hat er stets mit Sorgfalt darauf geachtet, dass alle Bedingungen, welche die Diarrhoe beeinflussen könnten, z. B. Nahrung, Temperatur der Umgebung etc., während der Dauer der Anwendung möglichst gleich blieben. Auf Grund seiner Erfahrungen stellt er folgende Sätze auf:

1) Das Cotoin ist indicirt in der Diarrhoe, die so oft die verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten komplicirt. Man nimmt allgemein an, dass es sich in diesen Fällen um neuro-paralytische Diarrhoe handelt, ähnlich derjenigen, die man künstlich erzeugen kann, wenn man eine Darmschlinge ihrer Nerven beraubt. Sicher ist, dass bei der Diarrhoe der Geisteskrankheiten das sehr gesunkene Resorptionsvermögen eine Hauptrolle spielt. In einem Fall von allgemeiner progressiver Paralyse und in einem andern von Dementia paralytica nach Alkoholismus im letzten Stadium blieb das Cotoin wirkungslos. Beide Kranken starben bald und die Autopsie ergab hochgradige anatomische Veränderungen im Tractus intestinalis.

2) Das Cotoin ist indicirt beim einfachen chronischen Intestinalkatarrh; hier sind die Resultate sehr günstig.

3) Es ist ferner indicirt bei der Diarrhoe von kachektischen und



marantischen Individuen, nach konsumptiven Erkrankungen, Anämie, Malaria.

4) Das Cotoin ist von vorzüglicher Wirkung in der Diarrhoe der Phthisiker.

5) Es ist indicirt bei den Diarrhoen der Säuglinge und während der Dentitionsperiode. Endlich scheint es die Diarrhoe der Pellagrakranken günstig zu beeinflussen.

A. giebt das Mittel in Dosen von 15—20 cg und mehr (bis zu 60 cg), ohne üble Nebenwirkungen zu sehen. Die beste Form ist das Pulver, so wie es im Handel vorkommt, in Oblaten zu nehmen; doch muss man sich von der Güte und Echtheit des Präparats überzeugen. In schweren Fällen giebt A. obige Dosis 4stündlich. Bezüglich der Wirkungsweise des Cotoin nimmt A., da die fäulniswidrigen und adstringirenden Eigenschaften desselben gering sind, und es die peristaltischen Bewegungen des Darmes nicht verändert, einen specifischen Einfluss auf die Darmepithelien an, deren physiologische Kräfte es modificirt und ihre Ernährung anregt. »Die Resorption im Darm ist nicht allein von physiko-chemischen Gesetzen abhängig, sondern die physiologische Thätigkeit der Epithelien spielt dabei eine Hauptrolle. Funktioniren letztere nicht, so ist die Resorption verändert, die Produkte der Verdauung bleiben größtentheils im Darm und werden mit der Diarrhoe entleert. Der ganze Verdauungstraktus ist einer Drüse vergleichbar, deren Epithel die verdauten Stoffe anzieht und sie in den Blutstrom überführt. Wird das Epithel in seiner Thätigkeit herabgesetzt, wie dies beim Intestinalkatarrh und bei gestörter Innervation des Darmes der Fall ist, so nimmt es nicht nur Nichts auf, sondern lässt Stoffe aus dem Blute durchfiltriren. Das Cotoin hat die Eigenschaft, diese Modifikation des Epithels, bei dem es die Fähigkeit, sich zu ernähren und zu resorbiren verloren hat, in günstiger Weise zu beeinflussen.« Zur Stütze dieser Annahme führt A. die von Fronmüller beobachtete gute Wirkung des Cotoins bei den profusen Schweißen der Phthisiker so wie die von ihm selbst gesehenen Erfolge des Mittels bei Speichelfluss an.

Brockhaus (Godesberg).

---

481. **Brush.** Acute milk-poisoning. Akute Milchvergiftung.

(The med. record. Bd. XXII. No. 16.)

B. ist der Ansicht, dass die große Mehrzahl der Magen-Darmkrankheiten der Säuglinge, speciell die sog. Cholera infantum, verursacht wird durch den Genuss von Milch, welche giftige Stoffe enthält; dem gegenüber kommen andere üble Einflüsse, wie übermäßige Hitze, Zahnen etc. kaum in Betracht. Er schlägt vor, die Bezeichnung »Cholera infantum« durch »akute Milchvergiftung« zu ersetzen. »Unsere Kühe secerniren die Milch unter abnormen Bedingungen. Wir halten die Thätigkeit der milchabsondernden Drüse künstlich von einer Geburt zur andern durch Brunstzeit und Schwan-



gerschaft aufrecht. Da sich dies Generationen hindurch wiederholt, so resultirt daraus, dass das Euter aus einer sekretorischen zu einer exkretorischen Drüse wird. Wenn eine milchende Kuh Nahrung zu sich nimmt, die bei anderen Thieren Durchfall erzeugen würde, so giebt sie einfach mehr Milch und selten treten stärkere Verdauungsstörungen ein; aber unter diesen Umständen enthält die Milch giftige Stoffe.«

Zu den Bedingungen, unter welchen die Milch schädliche Stoffe enthält, rechnet B. 1) unzweckmäßige Ernährung, Übergang von dem trockenen Winterfutter zu dem saftreichen Futter des Frühlings, Fütterung mit den Abfällen der Brau- und Brennereien, welche die Milch eiweißreicher und dadurch zu Zersetzungen geneigter machen etc.; 2) Misshandlungen der Kühe; 3) Brunstzeit und Schwangerschaft; 4) Krankheiten, und zwar neben der großen Zahl von Allgemeinerkrankungen besonders die nicht seltenen aber meist vernachlässigten Traumen der Euter.

Zur Stütze seiner Ansicht theilt er eine Reihe eigener und fremder Beobachtungen mit, bei denen der schädliche Einfluss der erwähnten Bedingungen auf die Milch resp. die Gesundheit der damit ernährten Säuglinge mit Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Unter 200, während des letzten Sommers seiner Sorge unterstellten Kindern kam kein einziger Fall von Magen-Darmerkrankung vor.

Brockhaus (Godesberg).

---

482. **E. Bälz.** Infektionskrankheiten in Japan, mit besonderer Berücksichtigung der Kakke (Beriberi, Polyneuritis endemica).

Yokohama 1882. 25 S.

Flecktyphus, nach Wernich auf den japanischen Inseln unbekannt, ist nach Verf. zwar selten, kommt aber vor. Beim Abdominaltyphus fehlt meist die Diarrhoe (es besteht eher Verstopfung); die Darmblutungen sind häufig und gefährlich, Bronchitis ist selten, Decubitus kommt fast nie vor. — Rückfalltyphus ist mit Sicherheit in Japan noch nicht beobachtet worden. Pocken sind neuerdings sehr selten geworden: die Impfung ist zwar nicht obligatorisch, wird aber amtlich sehr empfohlen. Masern sind in Japan lange bekannt und treten von Zeit zu Zeit (im Ganzen selten) epidemisch auf. Scharlach, nach Wernich in Japan nicht vorkommend, ist nach Verf. beobachtet worden, wenn auch selten, bei Frauen und Kindern sah B. die Krankheit nie, wohl aber bei Jünglingen und Männern zwischen 10—30 Jahren. Rötheln (rubeolae, jap. Kasahana) verlaufen leicht und sind oft von Scharlach nicht leicht zu unterscheiden. Meist wird das Leiden bei Erwachsenen beobachtet. Cholera herrscht seit 1877 fast in jedem Jahre in Japan. 1879 erreichte die Sterblichkeit an einzelnen Orten 80 %. — Dysen-



terie kommt vor, aber selten; große Dosen Kalomel mit Ol. Ricini bewährten sich nach Verf. am besten. Leberaffektionen im Gefolge der Krankheit wurden nicht beobachtet. — Diphtherie zeigte sich in den letzten Jahren häufiger; Pilokarpinbehandlung wirkte günstig, Lähmungen und Nephritis sind auffallend selten. — Puerperalfieber kommt vor, wenn auch nicht epidemisch. Malaria ist häufig (Tertiana und Quotidiana am häufigsten); sehr häufig sind in Tokio und Umgebung die larvirten Formen; oft verbindet sich Malaria mit Kakke und Abdominaltyphus.

Kakke (Beriberi) zeigt sich jeden Sommer von Nagasaki bis Yezo, vom 31° bis 42° n. Br. Sie kommt an der Küste und in den Tiefebenen vor; es ist eine miasmatische Krankheit und tritt auch dort auf, wo von einer vorwiegenden Reisnahrung, wie z. B. an den Küsten, nicht die Rede ist.

Erbliche Übertragung oder Prädisposition besteht nicht: Kinder vor der zweiten Dentition erkranken nie; die Mehrzahl der Kranken gehört dem 15.—25. Jahre an; nach dem 25. Lebensjahre nimmt die Zahl der Kranken schnell ab. — Frauen erkranken weit seltener, als Männer. — Leute mit kräftiger Konstitution erkranken häufiger, als schwächliche, Leute in günstigen socialen Verhältnissen häufiger, als die Angehörigen niederer Stände. Fette Menschen sind ganz besonders zur Erkrankung disponirt. Andererseits kompliciren sich (in den Hospitälern) Pleuritis, Typhus, Disenterie leicht mit Kakke: eben so befördert enges Zusammenwohnen und sitzende Lebensweise die Entstehung der Krankheit. Schüler und Soldaten erkranken leicht. — An Ort und Stelle Geborene erkranken sehr viel seltener, als von auswärts Zugezogene: nach mehrmonatlichem bis 1jährigem Aufenthalt erkranken die Leute zuerst, dann wiederholen sich die Anfälle oft viele Jahre hindurch regelmäßig; Recidive sind eben häufig, die späteren Anfälle meist milder. — Chinesen erkranken selten, Europäer fast nie. Die Kakke ist in ausgesprochener Weise eine Krankheit der warmen Jahreszeit, besonders der regnerischen Sommer. Der Eintritt der kühlen Jahreszeit, so wie Gebirgsaufenthalt wirkt günstig auf den Verlauf der Kakke ein.

Verf. unterscheidet drei Formen des Leidens: 1) die trockne, 2) die wassersüchtige Form: beide sind subakut oder chronisch und werden häufig beobachtet, 3) die akute oder asphyktische Form, die äußerst gefährlich, aber glücklicherweise selten ist.

1) Die trockne, atrophische Form. Hauptsymptome sind Unsicherheit, Schwäche der Beine, Parästhesien an der Vorderfläche der Unterschenkel, aufgehobenes Kniephänomen, beschleunigte Herzaktion. Später Atrophie und Lähmung der Unterschenkelmuskulatur; diese Zustände können sich auch an den oberen Extremitäten einstellen, so dass die Kranken ganz gelähmt sind. Blase und Mastdarm bleiben verschont. Kein Decubitus, keine Albuminurie. Genesung nach Monaten.

2) Wassersüchtige Form, im Wesentlichen wie die vorige,



nur tritt Ödem hinzu (zuerst an den Knöcheln oder Unterschenkeln), auch Transsudationen in die Körperhöhlen hinein; spärlicher, eiweißfreier Urin. Die Wassersucht ist ein accidentelles, kein wesentliches Symptom.

3) Akute, perniciöse Kakke (Shooshin), meist jugendlich kräftige Leute befallend: Fieber, Anämie, schwere Dyspnoe, Präkordialangst, Erbrechen, Cyanose, Tod durch Asphyxie.

Die Sekretionsthätigkeit der Haut ist bei der Kakke nicht wesentlich verändert; die Sensibilitätsstörungen bestehen in Abnahme der Empfindung (auch für elektrische Reize und Temperatureindrücke) und in Parästhesien; Decubitus fehlt. — In Bezug auf die Muskulatur ist die Atrophie und Lähmung der Extremitätenmuskeln (und Parästhesie) das Hauptsymptom der Krankheit. Von den Hirnnerven sind betheiligt der Vagus (Rami cardiaci), was sich auch in Bezug auf die Kehlkopfsmuskeln zeigt (heisere, schwache Stimme, Aphonie), selten der N. facialis; Kontrakturen fehlen; die Sehnenreflexe sind aufgehoben: druckempfindlich sind (charakteristisch) die Wadenmuskeln.

Die elektrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln ist bedeutend herabgesetzt, oft besteht Entartungsreaktion. In Bezug auf das Gefäßsystem findet man Palpitation, vermehrte Pulsfrequenz (90—100 oft 120—140). — Die Wassersucht ist von einer Nierenaffektion nicht abhängig. — Die Kakke kann sich mit vielen anderen Krankheiten kompliciren (Phthisis, Pleuritis, Dysenterie, Typhus, Malaria, selten mit Myelitis spinalis). — Der Hauptbefund bei der Sektion liegt in der Erkrankung der peripheren Nerven: Degeneration und Zerfall der Fasern, wie nach Durchschneidungen. So ist es meist bei akuten Fällen; bei chronischen kommt es besonders zu gallertartig aussehenden Wucherungen der Neuroglia: N. vagus und phrenicus sind mitbetheiligt, eben so die Nierennerven. Herzfleisch blass, aber nicht verfettet, Endokard normal, Klappenerkrankungen fehlen. Leber, Milz, Lungen im Wesentlichen intakt.

Das Wesen der Kakke besteht in einer multiplen peripheren Neuritis auf infektiöser Grundlage: Neuritis multiplex endemica. Auch der Sympathicus ist nicht unbetheiligt, in so fern neuerdings vom Verf. eine Degeneration der Ganglienzellen im Halstheil, so wie in den Plexus pulm. und cardiaci gefunden wurde.

In Bezug auf die Therapie hat man zunächst disponirte Menschen besonders während des Sommers aus den Kakkegegenden zu entfernen: Klimawechsel, besonders Aufenthalt auf Höhen, ist zu empfehlen. In frischen Fällen fand B. Pilokarpin (0,02), abwechselnd mit Salicylsäure (0,1, 4—5mal täglich) nützlich. Gegen die Pulsfrequenz und Herzschwäche wird Digitalis zu 1 g pro Tag empfohlen; Kali acet. (4,0 pro die) mit Digitalis gegen den Hydrops; Kalium brom. gegen zu starke Hyperästhesie. — Bei chronischem Verlauf wird der Gebrauch von Arsenik und Eisen angerathen. — In den schweren Fällen (bei Dispnoe, Cyanose) ist der Aderlass das

einzige Hilfsmittel. In Bezug auf die Diät wird Leguminosennahrung und Milch, gegen die Atrophie und Lähmung der Gebrauch des konstanten Stroms (Kathode peripher, Anode central), des inducirten Stroms und Strychnin (0,005 subkutan täglich oder alle 2 Tage) anempfohlen. **Bernhardt** (Berlin).

---

483. **S. Th. Stein** (Frankfurt a/M.). Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der menschlichen Cestoden. Ätiologie, Pathologie und Therapie der Bandwurmkrankheiten des Menschen.

Lahr, **Moritz Schauenburg,** 1882.

Das vorliegende Buch bildet den ersten Theil eines auf vier Bände berechneten Werkes über »die parasitären Krankheiten des Menschen«, welches in einer zweiten Lieferung »Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der Nematoden, Trematoden und Arachnoiden«, in einer dritten »Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der Dermatozoën, Epizoën und Epiphyten«, endlich in einem vierten und letzten Bande »Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der Protozoën, Infusorien und Spaltpilze« behandeln soll.

Nach einer kurzen historischen Einleitung behandelt Verf. zunächst den Finnenzustand der Bandwürmer: der Taenia solium, deren Finne (Blasenwurm, Cysticercus) in dem Muskelfleisch der Schweine gefunden wird; der Taenia saginata (mediocanellata), deren Finne in dem Fleische der Rinder, aber auch der Rehe, Hirsche, Gazellen, Ziegen vorkommt; der bei dem Hunde häufig sich findenden Taenia marginata, deren Jugendzustand als Cysticercus tenuicollis in dem Darmnetz von Wiederkäuern und Schweinen, gelegentlich aber auch, besonders in Island, beim Menschen beobachtet wurde (Leuckart); ferner der ebenfalls beim Hunde vorkommenden Taenia serrata, deren Finne, der Cysticercus pisiformis, sich häufig in den Eingeweiden von Kaninchen findet; der Taenia coenurus, deren Eier aus dem Darmkanal der Schäferhunde auf die Weide gesetzt, von den Schafen mit dem Futter aufgenommen werden, und auf dem Wege der Cirkulation ins Gehirn der Schafe gelangend und sich dort zum Coenurus cerebralis entwickelnd, zur bekannten Drehkrankheit der Schafe Veranlassung geben; endlich wird der von Weinland in Amerika 1861 beschriebene und seither nicht wieder beobachtete, mit einem dreifachen Hakenkranz versehene Cysticercus acanthotrias, dessen zugehöriger Bandwurm bisher noch nicht gefunden worden, besprochen.

Das zweite Kapitel, der Entwicklungsgeschichte der menschlichen Bandwürmer aus in den Magen gelangenden und dort durch die Wirkung des Magensaftes ihrer Hülle entledigten Cysticerken gewidmet, bespricht u. A. die gemeinschaftlichen und unterscheidenden Merkmale der Taeniae solium und saginata. Beiden gemeinsam ist vor allen Dingen die an den Seitenrändern, auf der Kante der Glieder befindliche, papillenartig hervorragende Geschlechts-



öffnung, gegenüber der Gattung Botriocephalus, bei welcher sie sich in der Mittellinie der Bauchfläche befindet; unter einander ist eine Differentialdiagnose sowohl durch Kopf, wie auch durch die einzelnen Glieder und die Form der Eier möglich: Der Kopf der Taenia saginata besitzt keinen Hakenkranz, der der Taenia solium einen aus 25—26 Haken bestehenden doppelreihigen Hakenkranz; die Glieder der Saginata sind größer und kräftiger entwickelt, besitzen einen in etwa 20 (beiderseits) feine Seitenzweige ausgehenden Fruchthalter, während der Fruchthalter der Glieder von Taenia solium nur etwa 7—10 Seitenzweige auf jeder Seite hat, die in Folge dessen aber gröber und dicker sind, als bei T. saginata; die Eier endlich von Taenia saginata sind etwas größer, ziemlich oval, besitzen eine starke Eischale, während die von T. solium etwas kleiner, ziemlich kugelförmig, mit einer dünneren Eischale versehen sind. Die Farbe der T. saginata ist gelblich, die der T. solium milchweiß mit einem Stich ins Bläuliche.

Für die häufiger vorkommende Art erklärt Verf. die T. saginata; er hat unter 221 abgetriebenen Bandwürmern 176mal T. saginata, nur 45mal die T. solium konstatirt. Der Name T. solium (der Einsiedlerbandwurm) kommt eher der T. saginata zu, die nur in äußerst seltenen Fällen zu zweien oder mehreren in einem Darme beobachtet wurde, während dies bei T. solium keine Seltenheit ist. (Leuckart beobachtete gleichzeitiges Vorkommen von 17, Küchenmeister von 33 solcher Würmer.) Verf. empfiehlt daher statt T. solium den Namen T. armata (wegen des Hakenkranzes). Die Maximallänge der T. saginata giebt Verf. auf 8—9 m an, mit Küchenmeister, und gegenüber Leuckart, der sie auf 4 m angegeben hatte, ihre Durchschnittslänge auf $3^1/_2$—5 Meter; die Durchschnittslänge der T. solium beträgt 2—3 m.

Ausführlich wird in diesem Kapitel auch die Entwicklung der Geschlechtsorgane und die Fortpflanzung der beiden Taenien berücksichtigt.

Das dritte Kapitel behandelt die Gattung Bothriocephalus, den Bothriocephalus latus oder »breiten Grubenkopf« (Bremser), und die sehr seltenen B. cordatus (Leuckart) und B. cristatus (Davaine). Bezüglich der noch unerledigten Frage, ob und in welchem Thiere ein finnenartiger Zwischenzustand auch bei diesem Bandwurm vorkommt, betont Verf. die Möglichkeit, dass die Fische als Träger eines solchen Finnenzustandes dienen; er führt dafür besonders die Thatsache an, dass Bothriocephalus häufig bei orthodoxen Juden beobachtet wurde, denen einerseits der Genuss rohen Fleisches rituell verboten ist, andererseits gerade Fische eine ganz besondere Lieblingsspeise sind. (In der St. Petersburger med. Wochenschrift 1882 No. 16 findet sich eine Veröffentlichung von M. Braun [Dorpat] über Fütterungsversuche, die dieser an Hunden und Katzen mit den in Muskeln, Leber, Geschlechtsdrüsen von Hecht und Quappe vorkommenden Finnen anstellte; es gelang ihm, lebende geschlechts-



reife Botriocephalen zu erzeugen, die sich von den menschlichen nur dadurch unterschieden, dass sie, wohl entsprechend ihrem Aufenthaltsorte, etwas kleiner waren. Unter 60 untersuchten Hechten war nur einer finnenfrei. Als Träger der Bothriocephalusfinne muss danach wohl Hecht und Quappe bezeichnet werden. Ref.)

Im vierten Kapitel bespricht Verf. einige sporadisch bei dem Menschen beobachtete Bandwurmarten, die T. nana oder den Zwergbandwurm, welcher von Bilharz im Jahre 1853 in Ägypten gefunden, von Siebold genauer beschrieben wurde, übrigens wegen seiner Kleinheit häufig mit der T. echinococcus verwechselt wird, die T. flavopunctata (Palmer-Amerika, 1842), die T. cucumerina-eliptica und einige andere zweifelhafte oder jedenfalls sehr seltene Abarten.

Kapitel V behandelt die medicinische Bedeutung der Cysticerken und die Pathologie und Therapie der Bandwurmkrankheiten. Bezüglich der Therapie giebt Verf. vor allen anderen Mitteln dem Extractum filicis maris aethereum den Vorzug, das er in Dosen von 7,5—10,0, bei Kindern 4,0—6,0 gr, in 15—20 elastische Gelatinkapseln vertheilt, morgens früh bei nüchternem Magen innerhalb einer halben Stunde unter Beigabe von schwarzem Kaffee nehmen lässt; eine halbe Stunde darauf eine Schüttelmixtur von Kognak, Ricinusöl und Syrupus Zingiberis $\widehat{aa}$ 15,0, und nach Abgang des Wurmes Wein und kräftige, leicht verdauliche Nahrung. Als Vorkur giebt Verf. nur am Tage vor der Kur ein leichtes Abführmittel, und achtet darauf, dass an diesem Tage keine Nahrungsmittel genommen werden, welche harte Faeces erzeugen (Brot, Kartoffeln, Hülsenfrüchte, Fleisch, kernhaltiges Obst), damit der Bandwurm nicht durch harte Faecalmassen mechanisch zerstückt wird. Rücksichtnahme auf Mondwechsel »gehört in die Rumpelkammer medicinischen Aberglaubens«. Kontraindikationen seien nur akute Krankheiten und die Menstruationszeit der Frauen, während Schwangerschaft um so weniger von einer Bandwurmkur abhalten dürfe, weil bei der durch sie häufig bedingten Neigung zum Erbrechen die Möglichkeit des Eindringens von Proglottiden in den Magen und damit die Gefahr einer Selbstinfektion mit Cysticerken ganz besonders bestehe.

Das sechste und Schlusskapitel ist der Besprechung der Echinokokken, der Blasenwürmer der $2^1/_2$—4 mm großen T. echinococcus des Hundes, und der durch sie bedingten Echinokokkenkrankheit gewidmet. Bei Besprechung der Diagnose erwähnt Verf. auffälligerweise nicht die Sicherstellung derselben durch Vornahme der Probepunktion und Nachweis von Echinokokkenhäkchen in der erlangten Flüssigkeit.

Das Buch enthält als Beigabe, außer 79 in den Text gedruckten Illustrationen 14 phototypische Tafeln mit 115 photographischen, größtentheils mikrophotographischen Abbildungen nach theils eigenen, theils von hervorragenden Fachgenossen ad hoc erhaltenen Präparaten. Diese Abbildungen sind wahrhaft vorzüglich. Die Schilderung des

Verf., welche überall an die gegebenen Abbildungen anknüpft, ist kurz, einfach und klar. Das in jeder Beziehung gut ausgestattete Werk zeigt in der That, wie Vortreffliches geleistet werden kann, »wenn Autor, Verleger und Illustrator in geeigneter Weise zusammenwirken«.

Freudenberg (Berlin).

---

484. **Glax** (Graz). Über den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane und über nervöse Dyspepsie.

(Sammlung klin. Vorträge No. 223.)

Es steht fest, dass sowohl der frische, wie der veraltete Magenkatarrh Störungen des Nervenlebens nicht gerade selten hervorrufen kann, ja es können selbst wirkliche Psychosen entstehen, welche in das Gebiet der Melancholie mit hypochondrischer Färbung gehören. Eine Erklärung dafür finden wir vielleicht darin, dass das Gefäßsystem des Gehirnes durch die in das Ganglion cervicale inferius inserirenden Nervi splanchnici in unmittelbare Beziehung zu jenem der Eingeweide tritt und dass mechanische Reizungen des Magens Blutdrucksteigerungen bewirken; weiterhin fand Senator, dass die allgemeinen Störungen des Nervensystems bei Erkrankungen der Digestionsorgane in manchen Fällen auf der Resorption abnormer Verdauungsprodukte beruhen. Diese Vorgänge, also Blutdruckänderungen und Resorption abnormer Verdauungsprodukte, verursachen wenigstens die im Beginn eines Magenkatarrhes auftretenden Erscheinungen, während die später sich einstellenden schweren nervösen Symptome als die Folge einer wirklichen Ernährungsstörung des Gehirnes anzusehen sind.

Es war G. die Möglichkeit geboten, sich zu überzeugen, dass es anderseits bedeutende dyspeptische Beschwerden geben kann, welche den Kranken auf das äußerste herabbringen — und doch ist man nicht berechtigt von einem Magenkatarrh zu reden. Vorgänge, welche Leube unter dem Namen »nervöse Dyspepsie« veröffentlicht hat: Aufstoßen, Übelkeit, Kopfschmerz, hypochondrische Stimmung, Alles ist vorhanden und doch ergiebt die Probeausspülung des Magens normale Verdauungsvorgänge. Diese Krankheit, welche Leube von den andern Magenerkrankungen abtrennt, ist überwiegend den höhern Ständen und dem reiferen Alter eigen. Verf. wirft dem gegenüber die Frage auf, ob wir berechtigt sind, die nervöse Dyspepsie als eine Erkrankung sui generis aufzufassen oder ob dieselbe nicht nur eine Theilerscheinung einer allgemeinen Nervenschwäche der Neurasthenie bildet. Dies glaubt G. bejahen zu müssen, vorwiegend gestützt auf die ätiologischen Momente. Hereditäre Belastung, schwächende Einflüsse, namentlich sexuelle Excesse, anstrengende Geistesthätigkeit und vorausgehende schwere Erkrankungen bilden die Hauptgründe sowohl für die Entstehung der Nervenschwäche als auch für das Zustandekommen der Dyspepsie asthénique. Fraglich erscheint es G.



nur, ob nicht schwere Magenkatarrhe eben so wie andere schwächende Erkrankungen nach und nach zur nervösen Dyspepsie resp. zur Neurasthenie führen können.

Die Symptome der nervösen Dyspepsie sind mannigfaltig, wie jene der Nervenschwäche überhaupt, sie beziehen sich vorwiegend auf eine Funktionsstörung der pneumogastrischen Nerven, so dass die nervöse Dyspepsie als eine Vagusneurose zu bezeichnen ist. Ähnlich wie bei den organischen Erkrankungen des Gehirnes und Rückenmarkes schwere dyspeptische Erscheinungen auftreten können, eben so bildet die nervöse Dyspepsie eine Theilerscheinung der funktionellen Nervenschwäche.

Die Therapie muss gerade wie bei der Behandlung der Neurasthenie auf die Kräftigung des gesammten Nervenlebens bedacht sein: Kaltwasserkur, Elektricität sind der medikamentösen Behandlung vorzuziehen; doch wirken Ergotin und Zinkpräparate günstig. Das Hauptmoment der Behandlung liegt aber unstreitig in einer zweckmäßigen psychischen Therapie, namentlich bei hereditär belasteten Pat. G. vermag eine größere Anzahl von Erkrankten aufzuweisen, welche er durch Behandlung der Psyche herstellte, so dass die Prognose lange nicht so ungünstig erscheint bei dieser Behandlung, als Leube sie stellt.

Prior (Bonn).

---

485. **Mackenzie.** On diphtheria. Über Diphtheritis.

(The med. record Bd. XXII. Hft. 17.)

M. bespricht zunächst die Kontroversen über das Wesen der Diphtheritis (s. die Details im Original). Er erinnert an die Untersuchungen von Wood, der in jedem Fall von schwerer Diphtherie, aber auch von hochgradiger Entzündung des Halses ohne diphtheritischen Belag Bakterien im Blut fand, und zwar in einer mit der Schwere der Erkrankung wachsenden Menge; diese Bakterien wirken zerstörend auf die weißen Blutkörperchen. M. plaidirt für Identität von Krup und Diphtheritis. Er unterscheidet diphtheritischen, katarrhalischen und nervösen Krup und versteht unter letzterem die als Laryngismus stridulus bekannte Affektion. Er erklärt die Diphtheritis für eine, im Anfang wenigstens immer lokale Erkankung. Sodann bespricht er Prognose und Therapie. Er empfiehlt eine von Anfang an lokale und stimulirende Behandlung (Kognak, Portwein etc.). Letztere muss Nacht und Tag fortgesetzt und die Kranken ev. aus dem Schlaf geweckt werden (Ref. hat diese Methode vor zwei Jahren in einer beschränkten aber bösartigen Epidemie mit sehr gutem Erfolg angewandt). M. rühmt ferner den innerlichen Gebrauch von Eisenchlorid (zu 3—4 g in entsprechender Verdünnung pro die) und von Chinin bei hohem Fieber; in leichteren Fällen Kal. chlor. und Bals. Copaiv. in Kapseln. Bezüglich der lokalen Behandlung verwirft M. alle diejenigen Mittel, welche auf die diphtheritischen Membranen zerstörend wirken sollen, welche aber gleichzeitig stark reizende



Eigenschaften auch auf die gesunden Gewebe haben, und empfiehlt die milder wirkenden: Kalkwasser und Milchsäure. Ferner hat er gute Erfolge bei einem von ihm zuerst eingeführten Verfahren gesehen; er bestreicht die Membranen resp. die erkrankten Partien mit einer Lösung von Tolu in Äther, Chloroform oder Alkohol (1:5). Dies giebt einen vollkommen luftdichten Firnis, unter dem die diphtheritischen Membranen sich nicht weiter entwickeln. Die Eisbehandlung ist nach M. im Anfang der Krankheit indicirt, in späteren Stadien, wenn die Membranen sich zu lösen beginnen, die Inhalation warmer Dämpfe oder zerstäubter antiseptischer Flüssigkeiten. Die Tracheotomie soll zu rechter Zeit gemacht werden, d. h. nicht zu früh, ehe wirklich Gefahr droht, aber auch nicht zu spät; M. hält die Operation für vollständig nutzlos, wenn ein größerer Theil der Lungen bereits nicht mehr für Luft durchgängig ist.

Brockhaus (Godesberg).

---

486. **M. Jaffe.** Beobachtungen mit der Pulsuhr von L. Waldenburg.

(Virchow's Archiv Bd. XC. p. 33.)

Nach kurzer Beschreibung der Pulsuhr und Erläuterung der von Waldenburg angegebenen Methoden, um den Puls und Blutdruck zu messen, theilt der Verf. folgende, noch von Waldenburg mit Hilfe der Pulsuhr gemachte Beobachtungen mit. Bei 6 gesunden Männern betrug der mittlere Blutdruck 229,3 mm, während Waldenburg bei seinen früheren an gesunden Männern und Frauen ausgeführten Messungen einen mittleren Werth von 249 mm gefunden hatte. Die für die Gesammtspannung der Arterien berechneten Werthe waren den Blutdruckzahlen nicht proportional, schwankten außerdem in sehr weiten Grenzen. Die Wandspannung zeigte bei den verschiedenen Individuen sehr verschiedene Werthe, ergab sogar bei einer und derselben Versuchsperson in den einzelnen Messungen sehr große Differenzen. Die für die Arteriendurchmesser berechneten Mittelwerthe stimmten mit den von Waldenburg früher an gesunden Männern gefundenen ziemlich nahe überein. In 4 Fällen von Chlorosis wurden sowohl für den Blutdruck als auch für die Gesammtspannung der Arterien viel niedrigere Werthe als bei den Gesunden gefunden, während die Mittelzahlen für die Arteriendurchmesser den Normalwerthen ziemlich nahe standen. In mehreren Fällen von Anämie, die theils als wesentlichstes Krankheitssymptom, theils als Nebenerscheinung auftrat, schwankte der Blutdruck zwischen 171 und 207 mm. Bemerkenswerth waren in einem Falle von Diabetes insipidus, der mit starker Anämie verbunden war, die hohen Zahlen für den Blutdruck (246 mm) und die Gesammtspannung der Arterien (454 g). Wie in seinen früheren Beobachtungen fand Waldenburg bei einer Anzahl Phthisiker abnorm niedrige Werthe, während sich in Fällen von Emphysem mit chronischer Bronchitis



abnorm hohe Zahlen sowohl für den Arterienumfang als auch für die Pulsgröße und Arterienspannung herausstellten. Endlich zeigten sich in mehreren Fällen von Erkrankung der Mitralis je nach dem Grade der Kompensation durch Herzhypertrophie theils normale, theils abnorm niedrige Werthe.

Grunmach (Berlin).

---

487. **A. Wolfram.** Über das Verhalten des Körpergewichts bei akut fieberhaften Krankheiten. (Aus der med. Klinik des Prof. Korczyński in Krakau.)

(Gazeta lekarska 1882. No. 38—41. [Polnisch.])

I. In der krupösen Pneumonie sind die Körpergewichts-Schwankungen verschieden je nach dem Krankheitsstadium.

1) Während der Fieberperiode. In Fällen mit relativ hoher Febris continua nimmt das Körpergewicht von Tag zu Tag nur sehr unbedeutend ab (0,10—0,30 kg). Je weniger regelmäßig das Fieber verläuft, je öfter neben hohen Fieberexacerbationen Remissionen vorkommen und je bedeutender dieselben sind, desto größer sind die Körpergewichts-Abnahmen (täglich 0,70—1,0 kg). Kurz vor der Krisis, wo der Krankheitsprocess, sowohl was das Fieber, als auch die lokale Lungenaffektion anbetrifft, die größte Intensität zeigt und fast gar keine Remissionen existiren, zeigt sich sehr oft eine (gewöhnlich einmalige), zuweilen ziemlich bedeutende Körpergewichts-Zunahme (0,40—0,80 k), oder auch das Körpergewicht erhält sich auf derselben Höhe. Jede stärkere und länger anhaltende Diarrhoe verursacht einen bedeutenderen Körpergewichts-Verlust.

2) Während der Krisis zeigt das Körpergewicht die bedeutendste Abnahme (0,50—0,90); je weniger der Körpergewichts-Verlust während des Fieberstadiums betrug, desto größer pflegt er während der Krisis auszufallen.

3) In der fieberlosen Krankheitsperiode nimmt das Körpergewicht trotz des nun besseren Appetits gewöhnlich noch einige Zeit hindurch mehr oder weniger ab, wobei die Größe des Körpergewichts-Verlustes sowohl von dem primären Ernährungszustande des Pat., als auch davon abhängt, wie viel derselbe während der zwei ersteren Krankheitsstadien an Gewicht verloren hat. (Ausnahmsweise kommt es vor, dass das Körpergewicht unmittelbar nach der kritischen Defervescenz sich vergrößert.) Nach einiger Zeit fängt das Körpergewicht wieder an mehr oder weniger rasch zuzunehmen, was vornehmlich von den die Ernährung des Pat. beeinflussenden Bedingungen abhängt.

II. Flecktyphus. 1) Während des Fiebers verhält sich das Körpergewicht ähnlich wie in der Fieberperiode der Lungenentzündung. Hier wie dort fallen die bedeutendsten Körpergewichts-Abnahmen mit den Fieberremissionen zusammen, während dieselben zur Zeit des hohen Fiebers nur unbedeutend sind, ja sogar einer vorübergehenden Körpergewichts-Zunahme Platz machen können.



2) Während der Krisis kann das Körpergewicht sowohl negative als auch positive Schwankungen zeigen. Die hier vorkommenden Gewichtsabnahmen sind durchschnittlich kleiner als bei der Lungenentzündung. Je intensiver das Fieber im ersten Stadium war und je unbedeutendere Remissionen es zeigte, je kleiner also die Körpergewichts-Verluste während dieser Periode waren, desto bedeutender sind die Körpergewichts-Abnahmen in der Krisis und umgekehrt.

3) Im fieberlosen Stadium des Flecktyphus kann das Körpergewicht gleich zunehmen oder auch noch einige Zeit hindurch abnehmen, in welch letzterem Falle der Körpergewichts-Verlust gewöhnlich kleiner ist und weniger lange anhält als in der Pneumonie.

III. Abdominaltyphus. Während des ganzen Hitzestadiums ist eine Körpergewichts-Abnahme zu konstatiren, welche im zweiten Stadium, i. e. bei Febris continua entweder nur sehr unbedeutend, auch gleich Null ist, oder sogar in eine Körpergewichts-Zunahme umschlagen kann. Während des intermittirenden Fiebers ist der Körpergewichts-Verlust am unbedeutendsten, weil dann sowohl das Verdauungs- als auch Assimilationsvermögsn wieder geweckt werden. Es kann auch in dieser Periode das Körpergewicht vorübergehend oder auch stetig zunehmen. Der im Fieberstadium des Abdominaltyphus statthabende Körpergewichts-Verlust ist kleiner als bei Pneumonie und Flecktyphus, auch zeigt sich öfter eine Gewichtszunahme. Während der Rekonvalescenz nimmt das Körpergewicht schnell und stetig zu, falls keine Komplikationen eintreten.

IV. Bei Pleuritis exsudativa (serosa und seroso-fibrinosa) mit fieberhaftem Verlaufe verhalten sich die Körpergewichtsschwankungen verschieden, je nach Appetit, primärem Ernährungszustand, Krankheitsdauer, etwaigen Komplikationen und dgl., und lassen sich dieselben in keinen Kausalnexus mit dem Verlaufe des lokalen Krankheitsprocesses bringen. Am Tage der Krisis nimmt das Körpergewicht fast immer ab und zwar desto mehr, je kleiner der Körpergewichts-Verlust im fieberhaften Stadium war. Während der Rekonvalescenz kann das Körpergewicht noch eine Zeit lang abnehmen, worauf es mehr oder weniger schnell zuzunehmen anfängt.

Bei afebriler oder subfebriler Pleuritis verhält sich das Körpergewicht ähnlich wie während der Rekonvalescenzzeit nach fieberhafter Pleuritis. Je besser der Appetit, je mehr bei dem früher gesunden Individuum der Ernährungszustand gesunken war und je weniger Zeit seit der Krisis abgelaufen, desto schneller und bedeutender nimmt das Körpergewicht zu.

V. Bei idiopathischem akuten Gelenkrheumatismus finden die bedeutendsten Körpergewichts-Verluste Statt (täglich 0,20—0,80), was vornehmlich auf die, die Krankheit begleitenden Schweiße zu beziehen ist. Der Einfluss der Fieberintensität und des Fieberverlaufes auf das Verhalten des Körpergewichts ist derselbe, wie bei den obgenannten Krankheiten. Während der Krisis kommen die dabei auftretenden Körpergewichts-Verluste (0,20—0,40) denen bei



Pneumonie oder Flecktyphus nicht gleich. Vom 3.—4. Tage ab fängt das Körpergewicht wieder an stetig zuzunehmen.

Beim chronischen Gelenkrheumatismus (ohne Fieber) verhält sich das Körpergewicht ähnlich wie bei fieberloser Pleuritis, d. h. bei gutem Appetit und Mangel an Komplikationen nimmt das Körpergewicht stetig zu.

Im Allgemeinen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Bei Fehlen von die Ernährung ungünstig beeinflussenden Komplikationen zieht das Fieber als solches nicht so schnelle Konsumption des Organismus nach sich, wie es Virchow und andere Autoren annehmen, auch wenn die Intensität desselben bedeutend ist. Die durch das Fieber selbst verursachten Körpergewichts-Verluste, besonders in kürzer dauernden fieberhaften Krankheiten, wie Pneumonie und Flecktyphus, sind nicht so bedeutend, wiewohl unzweifelhaft größer, als es Senator will. Die Körpergewichts-Verluste hängen in erster Reihe vom Verlauf des Fiebers ab und zwar sind dieselben bei Febris continua sehr unbedeutend, während sie zur Zeit der nach vorausgegangenem intensiven Fieber stattfindenden stärkeren Fieberremissionen rasch anwachsen. Das in einem gewissen fieberhaften Krankheitsstadium konstatirte Körpergewicht giebt niemals das richtige Maß für die stattgehabte febrile Konsumption ab, auch stehen die Körpergewichts-Verluste in keinem direkten Verhältnisse zur Fieberintensität, da ja im Gegentheil bei hohem Fieber ohne bedeutendere Remissionen sogar Körpergewichts-Zunahmen vorkommen können. Trotzdem muss zugegeben werden, dass hohes kontinuirliches Fieber den allgemeinen Ernährungszustand schädigt, wiewohl sein ungünstiger Einfluss erst bei bedeutenderen Remissionen oder bei kritischer Defervescenz zum Vorschein kommt. Wichtig ist hier auch der primäre Ernährungszustand (je besser derselbe war, desto größer zeigen sich die Körpergewichts-Verluste), Diarrhoe und Schweiße. Wenn der Appetit, also auch die Verdauung und die Assimilation der Nahrung erhalten sind, so fallen die Körpergewichts-Verluste kleiner aus, sind gleich Null oder man kann sogar stete Gewichtszunahme beobachten. Bei entsprechender Ernährung der Fieberkranken sind die Körpergewichts-Abnahmen kleiner als bei strikter Diät, desshalb plaidirt Verf. im Sinne Uffelmann's für bestmögliche Ernährung der Fiebernden, um auch den parenchymatösen Degenerationen der Organe, etwaigen Komplikationen und Nachkrankheiten vorzubeugen.

Smoleński (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

488. **Campana.** Orticaria factitia. Künstliche Urticaria.

(Annal. univ. di med. e chir. 1882. No. 8.)

C. beobachtete bei einem 60jährigen, kräftigen Manne, der abgesehen von wiederholten Ekzemen im Gesicht und öfteren katarrhalischen Entzündungen der Bronchien gesund gewesen war, folgende



Erscheinung. Strich er mit irgend einem harten Gegenstande über die Haut einer beliebigen Körperstelle, so entstand zunächst die gewöhnliche weißliche Verfärbung, die etwas langsamer verschwand, als dies normaliter der Fall ist. Darauf bildete sich eine fleischrothe Färbung an der gestrichenen Stelle, die allmählich durch verschiedene Nüancirungen in wachsweiß überging. Gleichzeitig entstand eine Erhebung der Haut, die ihren Höhepunkt mit der wachsweißen Verfärbung erreichte. Dieselbe fühlte sich weich, teigig an, war nicht schmerzhaft und hatte die Temperatur der Umgebung. Nach etwa 10 Minuten ließ die Erhebung allmählich nach, die wachsweiße Färbung verschwand, um einer lebhaften Röthe, die sich etwa 1/2 cm weit auf die Nachbarschaft fortpflanzte, Platz zu machen. C. giebt zwei Photographien des Pat., die er hatte anfertigen lassen, nachdem er mit einem Steine die verschiedensten Figuren, Wörter etc. auf die Haut des Rumpfes und der Arme gezeichnet hatte; der Kranke sieht darauf aus wie ein tätowirter Indianer. Die Schleimhäute des Mundes zeigten ein ähnliches Verhalten nicht; auf der etwas verdickten und indurirten Gesichtshaut war das Phänomen weniger deutlich. Die Haut des Pat. zeigte im Übrigen nichts Abnormes. Versuche mit dem inducirten Strom, mit Stiften aus verschiedenem Metall, Flüssigkeiten etc. zeigten, dass allein der mechanische Druck als Ursache des Phänomens anzusehen war.

C. ist geneigt, die Affektion, welche er als »künstliche Urticaria« bezeichnet, auf eine direkte mechanische Reizung der vaso-dilatatorischen Nerven zurückzuführen, die zu einer lokalen Erweiterung der Kapillaren und stärkeren serösen Durchtränkung der Haut an den gereizten Stellen führte. Er erinnert daran, dass Reizung des Vagus, besonders an der Abgangsstelle der Lungennerven einen vasodilatatorischen Effekt hat; vielleicht könnte durch die voraufgegangenen häufigen Bronchitiden ein chronischer Reizzustand dieses Nerven gesetzt sein, der zu einer größeren Reizbarkeit der vasodilatatorischen Nerven Anlass gegeben hätte.

Brockhaus (Godesberg).

---

489. **O. Rosenbach.** Zur Lehre von der Symptomatologie der Perikarditis, namentlich junger Individuen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 44—46.)

R. analysirt 5 Fälle von Perikarditis junger Personen, die neben rhythmisch und zeitlich veränderlichen Reibegeräuschen an der Herzbasis ein Geräusch in der Gegend der Herzspitze aufwiesen, das in seinem Schallcharakter, dem Zusammentreffen mit der Systole und der Konstanz des Bestehens täuschende Ähnlichkeit mit einem endokardialen hatte. In den 2 ersten Fällen wurde daher neben der Perikarditis eine Insufficienz der Mitralklappe angenommen, zumal auch die Allgemeinerscheinungen nicht direkt gegen eine solche



sprachen. Erst die Sektion deckte den diagnostischen Irrthum auf, indem bei bestehender Perikarditis die Mitralklappe absolut intakt erschien. Dies veranlasste R. zu näherem Studium jener 5 Fälle, wobei sich doch gewisse, übereinstimmende, bei der Diagnose zu verwendende Eigenschaften des systolischen Geräusches an der Herzspitze ergaben. Es zeichnete sich durch starke Intensität und eine die Systole überdauernde Länge aus; das anfänglich blasende Geräusch schloss in allen Fällen mit einem Pfeifen. Die Herztöne waren ferner stets wohl erhalten. Das Geräusch war gewöhnlich am deutlichsten etwas nach außen vom Spitzenstoß zu hören und pflanzte sich vorwiegend nach der linken Axillarlinie, weniger nach der Herzbasis zu fort. Druck auf den Interkostalraum, in dem es am deutlichsten, ließ es unverändert — im Gegensatz zu den endokardialen, die bei starkem Druck gewöhnlich schwächer werden. In einem Falle verschwand das Geräusch bei Einnahme der rechten Seitenlage. Wo ein solches Verschwinden zu konstatiren ist, ist es ein wichtiges diagnostisches Moment, denn es spricht stets gegen die endokardiale Natur des Geräusches. In 2 der nicht zur Sektion gekommenen Fälle sicher konstatirter Perikarditis geht aus dem günstigen Ausgange herhervor, dass das Geräusch kein endokardiales war; seine Intensität schwand mehr und mehr, alle Zeichen eines Klappenfehlers blieben aus. Nachdem R. aus einander gesetzt, wesshalb in jenen, wie in den 3 tödlich verlaufenen Fällen das Geräusch keineswegs als accidentelles oder von Muskelerkrankung herrührendes aufgefasst werden könnte, bleibt nichts übrig, als dasselbe für ein perikardiales Reibegeräusch zu erklären, dessen Eigenthümlichkeiten durch den Ort, die Form der Auflagerungen, die starke Lokomotion der Herzspitze, wie durch die Modifikation der Schallfortleitung daselbst bedingt werden.

Sollte sich das systolische Geräusch bei weiteren Fällen von Perikarditis auch älterer Personen konstant finden, so wäre damit ein wichtiges Unterscheidungsmoment zwischen der häufig schwer zu trennenden Perikarditis und Pleuritis pericardiaca gegeben. Vielleicht klärt sich mit der Kenntnis ähnlicher Fälle auch das Bestehen starker systolischer Spitzengeräusche älterer Personen auf, denen sonst jedes Zeichen einer Klappenerkrankung fehlt.

Beiläufig erwähnt R. auf Grund zweier eigener und einiger Beobachtungen Anderer den eigenthümlichen, noch nicht ergründeten Zusammenhang chronischer Perikarditis mit Leberintumescenz und Ascites, die bei mangelnder Stauung im Gebiet der Vena cava inferior nicht einfach auf Herzschwäche zurückgeführt werden können.

Eger (Breslau).



490. C. Hering. Des résultats du traitement mécanique des rétrécissements du larynx. Über die Resultate der mechanischen Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfes.

(Annales des maladies de l'oreille du larynx etc. 1882. No. 3. p. 141 ff.)

H. giebt eine tabellarische Übersicht über 100 Fälle von Kehlkopfverengerungen, welche theils aus seiner eigenen Praxis stammend, theils aus der einschlägigen Litteratur gesammelt, Aufschluss bringen über den Namen des Beobachters, das Alter des Kranken, die laryngoskopische Diagnose, die Art und Länge des Bestehens der Kehlkopfverengerung, die Art und Dauer der Behandlung und die Erfolge der letzteren für Stimme und Respiration.

Die erste Tabelle, mit 8 Fällen, registrirt die Resultate des Katheterismus bei der akuten Stenose. In der zweiten Tabelle (47 Fälle) sind die Resultate des Katheterismus bei der chronischen Larynxstenose besprochen, Tabelle 4 bringt eine Übersicht über 45 Fälle von, nach vorausgeschickter Tracheotomie, mechanisch behandelten Larynxstenosen und in Tabelle 3 sind die Resultate von 8 nach der Schrötter'schen Methode dilatirten Fällen (in Tabelle 4 noch einmal aufgezählt) von Larynxstenosen apart zusammengestellt.

Indem bezüglich der Details auf die Tabellen selbst verwiesen wird, mag hier auf eine den gleichen Gegenstand berührende Arbeit desselben Autors aufmerksam gemacht werden, die in den »Verhandlungen des internationalen, medicinischen Kongresses in London 1881« (Band III. p. 242—50) niedergelegt, folgende Gesichtspunkte berührt:

H. bespricht zunächst

I) Die Erweiterung der Stenosen ohne vorausgeschickte Tracheotomie, und zwar

A) den Katheterismus laryngis als lebensrettende Operation bei akut auftretenden Larynxstenosen; hierbei kommt H. zu folgenden Resultaten:

»Wenngleich der Katheterismus die Tracheotomie in gewissen Fällen ersetzen kann, so ist er, speciell bei kleinen Kindern, nur mit größter Vorsicht und in dringendster Noth auszuführen. Längeres Liegenlassen von Hohlbougies kann zu, selbst den Knorpel bloßlegenden, Decubitalgeschwüren Veranlassung geben und ist bei kachektischen Zuständen direkt zu vermeiden. Die erwähnte Behandlungsmethode erfordert große Vorsicht und unausgesetzte ärztliche Bewachung der Kranken, darf daher nicht ambulatorisch ausgeführt werden. Beim forcirten Katheterismus sind alle Vorbereitungen für die Tracheotomie zu treffen und hat letztere, falls die Bougirungsversuche resultatlos sind, sofort einzutreten. Bei tuberkulöser Larynxphthise und Kehlkopfkrebs ist die Tracheotomie der Tubage vorzuziehen.

B) Der Katheterismus laryngis Behufs gradueller Erweiterung von chronischen Larynxstenosen. Die besten Resultate ergiebt diese Methode bei der sogenannten Chorditis vocalis

hypertrophica inferior; das zu schnelle Vorgehen bei der Dilatation ist absolut zu vermeiden und als schädlich zu bezeichnen.

II) Mechanische Dilatationen der Larynxstenosen nach ausgeführter Tracheotomie.

Hierbei kommen 4 verschiedene Methoden in Betracht: a) Dilatation nach Laryngotomie durch Einlegen von Zinnstäbchen oder entsprechenden Kanülen vom Munde aus; b) Dilatation durch die Trachealfistel mit verschiedenen Instrumenten; c) Dilatation von oben durch den Mund (Schrötter'sche Methode) und d) Laryngotomie, partielle Kehlkopfresektion.

Die mit diesen Methoden erreichten, wenig günstigen Resultate haben nach H. häufig ihren Grund in dem Mangel an Ausdauer seitens der Pat. nicht weniger als der Ärzte; die durch eine energische und gleichzeitig vorsichtige Behandlung erzielten, positiven Erfolge beweisen, dass selbst in veralteten Fällen von narbiger, im Gefolge von Typhus oder Variola entstandener Perichondritis dauernde Heilung, d. h. Entfernung der Kanüle möglich ist. Durch zu rasches Dilatiren erzeugte entzündliche Erscheinungen erfordern eine Unterbrechung der Kur. Narbenwülste, Verwachsungen, Granulationswucherungen in Larynx und Trachea müssen vor Einleitung der mechanischen Dilatation chirurgisch beseitigt werden, was vom Munde aus zweckmäßiger, als von der Fistel her geschieht. Hochgradige, im Anschluss an mit Knorpelnekrose einhergehender Perichondritis entstandene cylindrische Stenosen sind durch Laryngotomie resp. Kehlkopfresektion zu beseitigen. Falls die Einführung von Zinnbolzen vom Munde aus auf Schwierigkeiten stößt, lassen sich dieselben mittels einer Belloc'schen Röhre von der Trachealfistel durch die Stenose dirigiren. Als Begründer der, einen großen Fortschritt in der Laryngochirurgie darstellenden, mechanischen Behandlung der Larynxstenosen ist Schrötter zu betrachten.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

---

491. **H. v. Hoesslin.** Experimentelle Beiträge zur Frage der Ernährung fiebernder Kranker.

(Virchow's Archiv Bd. LXXXIX, Hft. 1 u. 2.)

Während man im Allgemeinen, gerade so wie von der blutentziehenden Behandlung fieberhafter Krankheiten, so auch von der Hungermethode allmählich zurückgekommen ist, giebt es doch noch eine große Zahl von namhaften Ärzten, die annehmen, dass im Fieber die Verdauung danieder liegt und dass reichliche Nahrungszufuhr auf den Krankheitsprocess einen schlimmen Einfluss ausübt.

H. sucht nun durch experimentelle Beiträge in diese praktisch wichtige Angelegenheit einiges Licht zu bringen und stellte sich zwei Fragen: 1) »ob und in welchem Grade Eiweiß, Kohlehydrate und Fett bei Fieber verdaut werden, und wie die Nahrung mit Rücksicht auf Verdauung und Resorption beschaffen sein soll; 2) ob und

welchen Einfluss die Nahrung auf das Fieber und den Krankheitsprocess als solchen hat, und wie die Nahrung rücksichtlich der Einwirkung auf Stoffumsatz, Körpertemperatur etc. zusammengesetzt sein soll.«

Zu Versuchspersonen wurden fast ausschließlich Typhuskranke gewählt. Dieselben wurden abwechselnd mit verschiedenen Nahrungsmitteln genährt, die daraus resultirenden Kothmassen möglichst getrennt, ihre Analysen in der bekannten Weise angestellt. Es zeigte sich nun:

Dass alle Nahrungsmittel (Fleisch, Fleischsaft, Mehlmus, Eier, Milch, gemischte Nahrung) bei mäßigen Diarrhöen ziemlich so gut wie vom Gesunden verdaut werden, und dass auch bei starken Diarrhöen die Ausnutzung nur wenig schlechter als in der Norm vor sich geht. Gleichzeitig ergab sich eine nur geringe Zunahme der absoluten Menge des trockenen Kothes bei den Diarrhöen, ein Umstand, der dafür spricht, dass der Sitz derselben unterhalb der Darmpartien liegt, in denen die Resorption der Nahrung hauptsächlich vor sich geht, also lediglich im unteren Theil des Ileum und Rectum.

Der Widerspruch zwischen der guten Ausnutzung der Nahrungsmittel, und der Thatsache, dass der Gehalt des Magensaftes an Säure im Fieber gering oder minimal ist, löst sich dahin auf, dass die anderen Verdauungssäfte die schlechte Wirkung des Magensaftes vollkommen ersetzen können. H. ist übrigens der Ansicht, dass die Hauptfunktion des Magens nicht in seiner peptonisirenden Thätigkeit besteht, sondern derselbe vielmehr die Aufgabe hat, die halbgekauten, kalten, wenig befeuchteten Nahrungsmittel aufquellen zu machen, sie zu zerkleinern und zu erwärmen, und so für die Darmverdauung vorzubereiten; sie außerdem auch, dadurch dass sie in eine saure Flüssigkeit aufgenommen werden, vor der Einwirkung etwaiger Fäulnispilze zu schützen. Hat man also Grund anzunehmen, dass die Magenthätigkeit daniederliegt (Lähmung der Muskulatur, fehlende Saftabsonderung), so hat man möglichst aseptische, zerkleinerte, gequollene Nahrungsmittel in kleinen Gaben und mit Pausen zu verabreichen. Nicht auf die Wahl der Nahrungsmittel, sondern auf deren Zubereitung kommt es an. Natürlich hat man Speisen mit großen Mengen unlöslicher oder reizender Bestandtheile auszuschließen. Ja man möge eine den Geschmacksbedürfnissen entsprechende und abwechslungsreiche Ernährung verabreichen, um den verminderten Appetit anzuregen und Inanition zu verhüten. Freilich muss man auch die Quantität nach dem Stoffverbrauch abmessen.

Kann die Nahrungszufuhr die Steigerung der Krankheitserscheinungen begünstigen? Verf. meint, dass solches nicht undenkbar sei, vielleicht eben so wie das Fieber, auch der dabei stets vorhandene Appetitmangel eine Reaktion des Organismus gegen die Krankheitserreger zu ihrer Bewältigung darstelle. Es steht fest, dass auch im Fieber die aufgenommene Nahrung nicht nutzlos verbrannt wird, sondern dazu dient, den Kräftezustand der Pat. zu erhalten. Dem-



nach wird die Frage, ob Nahrungszufuhr durch den erhöhten Stoffumsatz bei Fieber schädlich wirke, auf die Frage zurückgeführt, ob ein guter Ernährungszustand für den Ablauf des Typhus resp. des Fiebers ungünstig sei. H. thut dar, dass die allgemeine Annahme, eine kräftige Konstitution prädisponire für Typhus, durch keine einwurfsfreien Beobachtungen gestützt sei, und dass jedenfalls Alles, was die Kräfte erhält, den Verlauf der Krankheit günstig beeinflusst. Dass ferner die Ausbreitung und Vermehrung der Krankheitserreger nicht wesentlich gesteigert wird, ergiebt sich daraus, dass die Temperaturkurven nur in sehr geringem Maße durch Nahrungsaufnahme verändert werden, und dass dies vielleicht noch von der größeren Wasseraufnahme herrührt, da, wie H. nachweist, Wasserzufuhr nicht die Temperatur bei Fiebernden erniedrigt, sondern erhöht. Also ein umgekehrtes Verhältnis, wie das von Liebermeister an Gesunden gefundene. Schließlich müssen den endgültigen Entscheid ausgedehnte klinisch statistische Erhebungen geben. Aber auch in der Rekonvalescenz hat Verf. niemals durch reichliche, freilich für die geschwächte Verdauungsthätigkeit entsprechend zubereitete Nahrung schlimme Folgen entstehen sehen, so dass man gerade in der Rekonvalescenz mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines Recidivs den Ernährungszustand heben sollte. Für herabgekommene Kranke hält H. die Zufuhr möglichst koncentrirter Nahrungsmittel (Milch, Eier, Fleisch, Mehlspeisen) für geboten, also die Vermehrung der Gesammtstoffzufuhr, während bei Wohlgenährten hauptsächlich Proteïnsubstanzen zur Erhaltung des Organismus von Nöthen sind.

Karewski (Berlin).

---

492. **E. C. Seguin** (New York). The efficient dosage of certain remedies used in the treatment of nervous diseases.

(Read before the medical society of the State of New York 1882. Februar 7. Reprinted from the Transactions of 1882.)

S. weist darauf hin, dass häufig die Erfahrungen der Praxis in Bezug auf Dosirung gewisser Arzneimittel mit den in den Lehrbüchern niedergelegten und von den akademischen Lehrern ihren Schülern überlieferten Angaben nicht übereinstimmen, dass oft genug Ärzte nur darum keinen Erfolg erzielen, weil sie zwar das richtige Mittel anwenden, es aber nicht in physiologisch und damit therapeutisch wirksamer Dosirung geben.

Seinen Erfahrungen in Bezug auf die Dosirung gewisser, bei Krankheiten des Nervensystems verwandter Mittel entnehmen wir folgende, auch den deutschen Arzt interessirende Notizen:

Liquor Kalii arsenicosi, Solutio arsenicalis Fowleri (Nothnagel und Rossbach: 3mal täglich 2—5 Tropfen) giebt S. bei Chorea in Anfangsdosen von 2—5 Tropfen innerlich, 3mal des Tages; täglich wird dann um 1 Tropfen pro dosi gesteigert. Stellen sich,



wie gewöhnlich, bei einer Dosis von dreimal täglich 10—14 Tropfen Arseniksymptome (Diarrhoe, Nausea, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Röthung und Schwellung der Augenlider) ein, so wird die Arsenmedikation auf 48 Stunden ausgesetzt; darauf wird die alte Dosis wieder aufgenommen, und man kann nun auf 20, 25, ja selbst 30 Tropfen (auch bei Kindern) steigen, ehe jene Symptome sich wiederholen. S. giebt die Tropfen in sehr starker Verdünnung (auf etwa ein halbes Wasserglas); er hält diese Vorsicht für wichtiger, als die, das Arsen nach der Mahlzeit nehmen zu lassen. Seine Erfahrung weist darauf hin, dass der Eintritt des ersten, bei chronischen oder recidivirenden Fällen sogar des zweiten Intoxikationsstadiums nöthig ist, damit man auf Erfolg rechnen kann; wende man aber das Arsen in dieser Weise an, so sehe man fast niemals Misserfolge, oft sehr schnelle Heilung eintreten (bei einfacher, akuter Chorea häufig innerhalb 14 Tagen). Die vorübergehende, stets leichte Arsenintoxikation habe nichts zu bedeuten; niemals fand sich im Urin Albumen oder Cylinder, niemals wurden Symptome von Seiten der Haut beobachtet. Einmal zeigte sich eine Stomatitis.

Die Erfahrung S.'s über die subkutane Injektion des Mittels ist nur gering, doch scheint es ihm, dass es, in dieser Form angewendet, geringere Einwirkung auf den Gesammtorganismus und stärkeren therapeutischen Effekt habe.

Phosphor wandte S. in einer von Thompson angegebenen Form an: 0,06, Alcoh. absol. 20,0, in der Hitze zu lösen. Dazu: Glycerin 48,0, Alkohol 8,0, Pfefferminzessenz 2,5. Davon 3—4stündlich 1 Theelöffel (4 g, ungefähr = 0,003 Phosphor). Er brauchte es mit sehr gutem Erfolge gegen Trigeminus-, aber auch andere Neuralgien; ferner in Verbindung mit Leberthran (1 : 6 oder 1 : 4) gegen Neurasthenie, Hirnanämie, beginnende Dementia paralytica, Melancholie. Als ausgezeichnetes Tonicum gab er mitunter, 2—3mal täglich, eine Ex-tempore-Mixtur von: 1 Theelöffel der Thompson'schen Lösung, 2 Esslöffel Sherry, 1—2 Esslöffel Leberthran, 1 Eigelb, dazu ein wenig Pfefferminzöl.

Argentum nitricum giebt S. in Dosen von mindestens $^1/_4$, gewöhnlich $^1/_2$ Gran (0,03), in Pillenform mit Extract. Taraxaci, Nucis vomicae, oder Belladonnae, 3mal täglich vor den Mahlzeiten zu nehmen, eventuell eine vierte Dosis zur Schlafenszeit. Er lässt das Mittel in dieser Weise 2 Monate lang gebrauchen (etwa = 6,0 Arg. nitric.), und nimmt die Medikation nach 2—3 Monaten Pause eventuell, dann aber für eine längere Zeit, wieder auf. S. will in einer ganzen Reihe von Tabesfällen dadurch Stillstand, bei vielen anderen periodische Besserung der Erkrankung gesehen haben; weniger sichere aber anscheinend doch günstige Einwirkung des Mittels fand er bei Myelitis subacuta und chronica. Argyrosis trat niemals ein, selten Symptome von Magen-Darmreizung.

(S. bespricht in gleicher Weise die Anwendung des »flüssigen

Extrakts von Conium«, und des »Aconitin Duquesnel«, welches bedeutend stärker wirkt, als das deutsche, Merck'sche Präparat.)

Freudenberg (Berlin).

Kasuistische Mittheilungen.

493. **Silbermann.** Ein Fall von Athetose.

(Verhandlungen der medicinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft.)
(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1882. No. 20.)

S. stellt einen 14monatlichen Knaben vor, der nach mehrmonatlicher Bronchitis schon seit Wochen eine linksseitige Hemiparese, rechtsseitige Ptosis, Lähmung des rechten Musc. intern. und Erweiterung der rechten Pupille zeigt. Zugleich bestehen in der linken, stark flektirten Hand, noch ausgeprägter aber im linken Fuß unausgesetzte rhythmische Krampfbewegungen, die auch im Schlafe nicht sistiren. Die elektrische Kontraktilität und Sensibilität der befallenen linken Extremitäten sind erhalten. Die gekreuzte Lähmung — der linken Extremitäten und des rechten Oculomotorius veranlassen S., einen Herd im rechten Pedunculus anzunehmen; die Athetose müsse von einem anderen Herde abhängig sein. Die 6 Wochen später gemachte Sektion des unter den Erscheinungen der Mening. tubercul. gestorbenen Kindes bestätigte die Diagnose: In der Substanz des rechten Peduncul. ein fast haselnussgroßer solitärer Tuberkel, nur eine schmale Rindenzone freilassend. Ein ähnlicher, erbsengroßer in der Rinde der ersten rechten Stirnwindung, ein zweiter an der Spitze des rechten Occipitallappens.

Eger (Breslau).

494. **Landouzy** et **Ballet.** Note sur un cas de contracture hystérique ancienne guérie subitement par l'administration d'une pilule fulminante (mica panis).

(Revue de médecine 1882. No. 9. Sept. 10.)

Die Verff. berichten über einen jener interessanten Fälle von Heilung hysterischer Leiden durch den psychischen Einfluss des festen Vertrauens auf die Wirkung der betreffenden ärztlichen Verordnung.

Es handelt sich um ein 26jähriges Kammermädchen, welches früher mehrfach an Chorea litt, vor $2^1/_4$ Jahren aber eine spasmodische Lähmung beider unteren Extremitäten, mit Erhöhung der Sehnenreflexe und ausgesprochener Epilepsie spinale bekam, welche sich zwar nach einer interkurrenten Pleuritis besserte, seit 8 Monaten aber wieder so vollkommen wurde, dass Pat. seit dieser Zeit vollständig ans Bett gefesselt ist. Hochgradige Hysterie. Da Pat. sehr über Beklemmungen klagt, erhält sie Morhpiumspritzen; dieselben werden ihr aber, da sie Geschmack daran findet und täglich eine große Zahl fordert, wieder entzogen, und es wird ihr annoncirt, sie würde ein sehr viel sicherer wirkendes, aber mit großer Vorsicht zu gebrauchendes Mittel erhalten. Man verordnet zwei silberüberzogene Pillen von Mica panis, Abends und Morgens je eine halbe Pille zu nehmen. Bei der Morgenvisite des folgenden Tages findet man die Kranke überglücklich: sie giebt an, sie habe, um sich zu vergiften, beide Pillen auf einmal genommen, die Wirkung sei eine schreckliche gewesen, noch jetzt fühle sie, wie ihr die Eingeweide kochten, aber sie könne jetzt wieder ihre Beine gebrauchen. In der That vermochte Pat. zu gehen, nur zog sie noch etwas die Sohle nach. Auch dies gab sich, nachdem dem Wunsche der Kranken nach einer neuen Pille entsprochen war, innerhalb zweier Tage, und während der 20 Tage, die Pat. noch im Krankenhaus verblieb, konnte sie sogar zu Hilfsleistungen im Hospitaldienst herangezogen werden.

Freudenberg (Berlin).

495. E. C. Seguin (New York). Hysterical convulsions and hemianaesthesia in an adult male: cure by Metallo-therapie (gold).

(Archives of medicine 1882. vol. VIII. No. 2. Oktober.)

Der von S. mitgetheilte Fall bietet Interesse dar, einerseits weil es sich um hysterische Krämpfe mit Hemianästhesie bei einem 21jährigen Manne (Arbeiter) handelt, dann aber auch wegen der prompten Wirkung der eingeschlagenen Metallotherapie. Vor etwa einem Jahr war der Pat. aus etwa 10 Fuß Höhe auf den Hinterkopf gefallen, seine Krankheit datirt seit etwa 6 Wochen. Sie besteht in fast allnächtlich auftretenden tonischen Krampfanfällen von epileptiformem Charakter (Pupillen dabei normal), in vollständiger linksseitiger Hemianästhesie, endlich in Taumeln, welches seinen hysterischen Ursprung dadurch verräth, dass es vollkommen ausbleibt, wenn die Aufmerksamkeit des Pat., z. B. durch Prüfung der Sehschärfe, abgelenkt wird. Außerdem klagt der Kranke über Kopfschmerz in der Scheitel- und rechten Parietalregion. Anwendung von Bromkali in großen Dosen war erfolglos gewesen. Es wurden im Laufe der Untersuchung und ohne weitere Ankündigung zwei Goldstücke auf linke Hand, Vorderarm, Wange und Zunge applicirt, worauf innerhalb 1—3 Minuten die Sensibilität an den Stellen, wo das Metall gelegen hatte, mehr oder weniger vollständig zurückkehrte. Am folgenden Tage bewirkte Umgürtung der linken Wade mit Goldplatten innerhalb 10 Minuten vollständige Wiederherstellung der Sensibilität auf der ganzen Seite. Das Phänomen des »Transfert« wurde weder am ersten, noch an diesem Tage beobachtet. Zwei Tage darauf musste Pat., der sich vollkommen wohl fühlte, auf seinen Wunsch entlassen werden.

Freudenberg (Berlin).

496. Ullrich (Erlangen). Zur Encephalopathia saturnina.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. XXXIX. Hft. 2 u. 3.)

Nach Erwähnung bisheriger Arbeiten und Theorien über die Wirkungen des Bleies auf das Centralnervensystem bespricht U. einen in der Irrenanstalt zu Erlangen beobachteten, einschlägigen Fall. Ein 39jähriger Lackirer bot einen der allgemeinen fortschreitenden Paralyse ganz ähnlichen Symptomenkomplex. Eine Zeit lang schien das Sehen auf Lichtempfindung beschränkt zu sein, im letzten Lebensmonate jedoch besserte sich dieses wieder. Pat. starb etwa 7 Monate nach dem nachweisbaren Ausbruch seiner Krankheit. Die Sektion ergab den für die Paralyse charakteristischen Befund: mäßiger Hydrocephalus internus, Atrophie der Stirnlappen, Verschmälerung der Hirnrinde überhaupt, chronische Leptomeningitis, Ödem der weichen Häute, starke Granulirung des Ependyms des 4. Ventrikels. Die Amaurose glaubt U. als Rindenblindheit deuten zu müssen. Die chemische Untersuchung wies im 1) Hirnmantel, 2) Hirnstamme, 3) Kleinhirn, 4) in den weichen Häuten und 5) in der Leber Blei (als Chromblei) nach. Aus dem Hirnmantel konnte sogar ein kleines Bleikorn dargestellt werden, allein ein direkter Nachweis, dass in dem einen oder anderen Gehirntheil ein relatives Überwiegen des Metalles stattfinde, ließ sich nicht erbringen, wohl aber der, dass das Blei nicht an einzelne Organtheile gebunden ist und dass es trotz mehrmonatlichen Vermeidens eines jeden Kontaktes mit Blei, trotz des Gebrauches größerer Menge Jodkali und von Schwefelbädern in den Geweben noch vorhanden war.

Oebeke (Endenich).

497. Gamborg. Drei Fälle von Alopecia areata in derselben Familie.

(Tidskrift for praktik Medicin 1882. No. 22.)

Der Verf. theilt 3 Fälle von der obengenannten Krankheit bei Kindern in derselben Familie mit. Die Eltern und die übrigen 3 Geschwister waren gesund. Er neigt zu der Ansicht, dass die Krankheit durch einen Pilz hervorgebracht wird, konnte jedoch in diesem Fall keinen nachweisen. Die Behandlung, die bei Allen gelang, bestand in Inunktionen mit Theersalbe Abends und Morgens, Abwaschungen mit spirituösen Waschwässern. **Unger** (Vetlesen).



498. **Wild.** Zur Kasuistik der Periostsarkome.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5 u. 6. p. 548 ff.)

W. berichtet über 4 von ihm beobachtete Fälle von Periostsarkomen und zwar 1) der linken Tibia (bei einem 21jährigen kräftigen Unterofficier nach einer starken Quetschung des Beins beim Reiten entstanden; alveoläres großzelliges Rundzellensarkom); 2) der linken Fibula (bei einem 11jährigen, sonst gesunden und aus gesunder Familie stammenden Knaben, wie scheint durch einen anstrengenden oder längeren Spaziergang herbeigeführt; kleinzelliges Rundzellensarkom); 3) der rechten Patella (bei einer 30jährigen gesunden Frau, im Anschluss an mehrmals erlittenes Fallen auf das entsprechende Bein entstanden; gemischtes Sarkom); 4) der rechten Tibia (bei einem 19jährigen kräftigen Bauernmädchen, Ätiologie unbekannt; gemischtes Sarkom), von denen die sub 1, 2, 4 erwähnten Fälle unter Metastasenbildung in die Lungen 1), den Schädel 2), in Lungen und Herz 4) letal endeten, während Fall 3 nach $1^1/_3$ Jahren nach ausgeführter Amputation sich voller Gesundheit erfreute.

Verschlimmert wird die Prognose dieser Sarkome im Allgemeinen durch zu spätes Operiren, was einestheils durch eine unrichtig gestellte Diagnose, anderentheils durch die Weigerung der betreffenden Pat., sich amputiren zu lassen, verschuldet wird. W. räth, um möglicht frühzeitig eine richtige Diagnose stellen zu können, bei diagnostisch dunklen Schwellungen zur Probeincision und zur mikroskopischen Untersuchung etwaiger, bei dem Probeschnitt entfernter Partikelchen.

Eugen Fraenkel (Hamburg).

499. **Preetorius.** Gemischte Todesfälle.

(Ebenda, p. 567 ff.)

P. bezeichnet mit diesem Ausdruck unter dem Einfluss verschiedener den Organismus schädigender Momente eintretende Todesfälle, bei denen pathologische Veränderungen, die als der Effekt des einen oder anderen schädlichen Momentes aufzufassen sind, fehlen; zwei in diese Kategorie gehörende Fälle theilt P. mit.

Der erste betrifft ein, wegen Fungus genu am linken Knie resecirtes 9jähriges Mädchen, das sich nach dem Erwachen aus der Narkose nicht recht erholte und schon am Nachmittag Collapstemperaturen darbot, deren Beseitigung durch die sofort begonnene excitirende Therapie nicht gelang; das Kind starb am folgenden Mittag bei steigender Unruhe und voller Besinnung. Der Sektionsbefund ließ in Bezug auf die Todesursache durchaus im Unklaren. — P. hält das während der Operation angewandte Karbol (während der Operation wurde mehrmals mit einer 1%igen und zum Schluss mit einer $2^1/_2$%igen Lösung irrigirt) für die Hauptursache des tödlichen Ausganges und lässt es dahingestellt, wie viel auf Rechnung des Chloroforms und des Blutverlustes bei dem ohnehin anämischen Kind zu schieben ist. — Bei dem zweiten Fall handelt es sich um ein 11jähriges, wegen einer nach Osteomyelitis infectiosa zurückgebliebenen Ankylose im linken Hüftgelenk operirtes Mädchen; während der Operation mehrfache Spülungen mit 1 und $2^1/_2$%iger Karbollösung, wie im ersten Fall; die nach der Operation entstandene apfelgroße Höhle mit Jodoformgaze ausgestopft. Auch hier unmittelbar nach dem Erwachen aus der Narkose Collapserscheinungen, die sich trotz der gereichten Excitantien zusehends steigerten, dabei verminderte Diurese (im Urin kein Jod, spärlicher Niederschlag von schwefelsauren Salzen). Trotz der im Vergleich zum Befinden der vergangenen Nacht eingetretenen Besserung unerwarteter Tod im Laufe des Vormittags — Sektionsbefund negativ. P. bringt hier den Tod mit dem Zusammenwirken des schädlichen Einflusses von Karbol und Jodoform in Verbindung. (Über die Operationsdauer und die Menge des verbrauchten Chloroforms macht P. in beiden Fällen keine Angaben. Ref.)

Eugen Fraenkel (Hamburg).

500. **F. Fischer.** Ein Fall von Gastro-Enterotomie.

(Ebenda,. p. 573 ff.)

F. berichtet über eine 31jährige, im Jahre 1881 von Freund wegen eines intramuranen Myoms doppelseitig kastrirte und im Mai 1882 mit einem nachweis-



baren Pylorustumor auf die Kussmaul'sche Klinik aufgenommene Frau, bei welcher Lücke, da der als Carcinom diagnosticirte Tumor noch ziemlich beweglich schien, die Pylorusresektion auszuführen beschlossen hatte. Bei der am 25. Mai 1882 ausgeführten Operation zeigt sich der Tumor mit Leber, Gallenblase und Pankreas so verwachsen, dass von einer Exstirpation nicht mehr die Rede sein konnte, wesshalb zur Gastro-Enterotomie (nach Wölffler) geschritten wurde. Die Pat. überstand die über zwei Stunden währende Operation gut und wurde 37 Tage später »geheilt« (?) entlassen. Am 1. August stellte sich Pat. wieder vor, hatte bis dahin um 7 Pfund im Gewicht zugenommen und fühlte sich durchaus wohl; der Pylorustumor war nicht gewachsen. **Eugen Fraenkel** (Hamburg).

501. **William Shaw** (Maidstone). Poisoning by Daphne Mezereon.

(The british medical journal 1882. Sept. 16. p. 521.)

S. berichtet über einen Fall von Vergiftung eines $2^1/_2$ Jahre alten Mädchens durch die rothen Beeren von Daphne Mezereum (Seidelbast). Die eigentlichen Symptome der Vergiftung, welche, nachdem vorher nur Unwohlsein, und ganz wenig Erbrechen bestanden hatte, etwa $^3/_4$ Stunde nach Genuss der Beeren eintraten, begannen mit heftigem Zittern, dem bald vollständige Bewusstlosigkeit mit dilatirten und reaktionslosen Pupillen, Cyanose, Pulslosigkeit, Schwäche und Langsamkeit der Respiration folgten. Ein schon vorher gegebenes Brechmittel (Zincum sulfuricum, dann Vinum ipecacuanhae) hatte nur eine klare Flüssigkeit zu Tage gefördert. Es wurden Stimulantien (Ammoniak, Branntwein, Senfteige, Einhüllen in warme Decken) angewendet; gleichzeitig durch Ricinusöl purgirt. Das Kind erholte sich im Verlaufe mehrerer Stunden, eintretende Stuhlentleerungen förderten mehr als 24 Beeren zu Tage. Auf die schnell erfolgenden Stuhlentleerungen führt S. die Genesung des Kindes zurück, während sonst eine weit geringere Quantität von Beeren (6—8) genüge, um den Exitus letalis herbeizuführen.

Freudenberg (Berlin).

502. **Lancereaux.** Intoxication par le vulnéraire et l'eau de mélisse. Hyperesthésie généralisée et parésie des membres. Vergiftung durch Vulneraria und Melissenwasser. Allgemeine Hyperästhesie und Parese der Glieder.

(L'union méd. 1882. No. 145 u. 146.)

Eine Frau von 51 Jahren bot bei ihrer Aufnahme ins Hospital folgenden Status präsens: Robuste Person, starkes Fettpolster, besonders der Bauchdecken, geröthetes Gesicht, Venenektasien auf den Backen, Gesichtsausdruck stumpf und melancholisch. Intelligenz sehr geschwächt. Klagen über heftige stechende und ziehende Schmerzen in den Beinen. Schlaf sehr unruhig, Appetit schlecht; Vomitus matutinus. Finger und Zehen in gebeugter Stellung. Zittern der ausgestreckten Arme. Gehen und Sitzen unmöglich, doch kann Pat. die Beine vom Bett erheben. Sehnenreflexe normal. Die tachile Sensibilität am Fußrücken etwas vermindert, sonst normal. Temperatursinn unverändert. Hochgradige Hyperästhesie und Hyperalgesie sämmtlicher Extremitäten, am stärksten an Füßen und Händen, gegen den Rumpf hin allmählich abnehmend. Starke Druckempfindlichkeit an den Austrittsstellen der Nerven zu beiden Seiten der Wirbelsäule, der Linea alba und des Sternums. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergiebt, abgesehen von einer leichten Verdichtung in der rechten Lungenspitze, nichts Abnormes. Leber gegen Druck etwas empfindlich. Urin enthält weder Eiweiß noch Zucker.

L. nahm als Ursache der Affektion dauernden Abusus spirituosorum an und zwar nicht reiner alkoholischer Getränke, sondern solcher, die Zusätze ätherischer Öle enthalten. Er gründete seine Diagnose hauptsächlich auf die symmetrische, alle Extremitäten betreffende Hyperästhesie und Hyperalgesie in Verbindung mit Parese der Beine, die in dieser Weise bei keiner anderen centralen oder peripheren Erkrankung des Nervensystems vorkomme. Nachforschungen ergaben, dass

Pat. seit Jahren dem Trunke ergeben gewesen war; ihr Getränk war ein mit Melisse und Vulneraria bereiteter Likör. Therapeutisch wurde Chloralhydrat und da dies nicht vertragen wurde, Opium angewandt. Im weiteren Verlauf trat Thrombose in den Venen des linken Beines und unter Temperatursteigerung bis zu 40° C. ein papulöses Exanthem, besonders in der Umgebung der Gelenke, auf, welches wie hämorrhagische Variola im Anfangsstadium aussah. Einige Tage später Tod im Coma. Aus den Resultaten der Autopsie ist hervorzuheben: Starke Fettentwicklung im Unterhautzellgewebe, und um die Organe der Bauchhöhle, Fettleber, hochgradige fettige Entartung des Herzmuskels, Integrität von Gehirn und Rückenmark, kein Atherom der Aorta und der größeren Arterien (nach L. verursacht der Alkoholismus überhaupt keine Atherose der Arterien).

Die Prognose der durch Missbrauch von Melissenbranntwein, Absynth und ähnlichen Branntweinsorten verursachten Erkrankungen ist nach L. eine schlechte; er sah nur zweimal Besserung in Fällen, bei denen noch keine nervösen Störungen höheren Grades eingetreten waren. Alle übrigen endigten letal.

Brockhaus (Godesberg).

503. **Andrea Ceccherelli** (Florenz). La Pilocarpina in un caso di meningite cerebro-spinale di natura sifilitica.

(Bulletino delle scienze mediche 1882. August.)

C. hält mit Lewin und anderen Syphilidologen das Pilokarpin für nicht so wirksam gegen die Syphilis, wie das Quecksilber; gleichwohl glaubt er, dass in Fällen, wo man das Quecksilber wegen eingetretener Intoxikation aussetzen muss, oder aus Furcht vor einer solchen nicht anwenden will, man auf das Pilokarpin rekurriren soll. Er berichtet einen Fall, den er als syphilitische Cerebrospinalmeningitis diagnosticirt, in welchem er sehr guten Erfolg davon gesehen haben will.

Es handelt sich um einen 52jährigen Buchbinder, der vor 20 Jahren Syphilis acquirirte, dann im Verlaufe eines Jahres Lymphdrüsenanschwellungen, Roseola, papulöses Syphilid, Plaques muqueuses durchmachte, seitdem aber, bis auf eine sehr rebellische, schließlich durch Jodkali geheilte Laryngitis im Jahre 1876, stets gesund war. Ende December 1881 stellte sich Kopfschmerz und Schwindel ein, der aber nach einigen Fußbädern und unter Ruhe schwand. In der zweiten Woche des Januar 1882 trat ein Gefühl von Taubheit und Kribbeln in den Füßen auf, das allmählich zunahm, sich über die ganze untere Extremität verbreitete, und schließlich auch Hände und Finger ergriff; dazu gesellten sich äußerst heftige, Abends und des Nachts zunehmende Schmerzen in allen Gliedern, allmählich Parese, darauf Paralyse derselben. Am 1. Februar trat Aphasie ein.

Die an diesem Tage eingeleitete Therapie bestand in Quecksilberinunktionen (pro die 5,0), Kal. jodat 1,0 steigend auf 2,5 pro die, Bromkali 1,0—2,0 pro die, hypodermatischen Injektionen von Pilocarpinum muriaticum in täglichen Dosen von 0,015, steigend auf 0,025. Außerdem als Tonicum: Chinadekokt, und zur möglichst langen Hinausschiebung der merkuriellen Stomatitis: Kali chloricum als Gurgelwasser. Trotz dieser letzten Vorsicht stellte sich aber schon nach 10 Tagen, ohne dass eine nennenswerthe Besserung eingetreten wäre, eine äußerst heftige Stomatitis ein. Die Quecksilberinunktionen wurden aus der Medikation fortgelassen; gleichwohl trat nach 4 Tagen eine merkliche, stets fortschreitende Besserung auf, und am 28. März war der Pat. vollständig geheilt. Die Pilokarpininjektionen wurden sehr gut ertragen, nur einmal trat nach 0,025 ein einige Stunden anhaltender Collaps ein, welcher Excitantien wich.

C. hält es für ausgemacht, dass die Heilung dieses Falles dem Pilokarpin zuzuschreiben ist, da einerseits das Quecksilber vorher keine Besserung gebracht hatte, andererseits Jodkali und Bromkali solche Wirkungen nicht erzielen können. (Jodkali? Ref.)

Freudenberg (Berlin).



504. Gouguenheim. Tuberculose, miliaire subaiguë du pharynx guérie par les applications d'jodoforme. Subakute Miliartuberkulose des Pharynx durch Jodoform geheilt.

(L'union méd. 1882. No. 150.)

Eine junge Frau von 25 Jahren erkrankte im Anfang einer Schwangerschaft an einer Angina, die sechs Monate hindurch ohne Erfolg behandelt wurde. Als G. sie zum ersten Male sah, bestand hochgradige Abmagerung; das Schlucken war fast unmöglich, die Stimme näselnd. Bei der Inspektion fand sich das Gaumensegel geschwollen und dunkelroth, die Ränder wie ausgenagt. Die hintere Fläche desselben, so wie die vorderen und hinteren Gaumenbögen sind ulcerirt; an Stelle der rechten Mandel zeigt sich eine Kloake; von hier war das Geschwür ausgegangen; das Zäpfchen, an seiner Basis ulcerirt, ist stark hypertrophisch und hängt in den Schlund hinab. Die Geschwürsfläche ist besät mit kleinen gelblichen Punkten. H. entfernte zunächst das Zäpfchen. Die Untersuchung desselben ergab tuberkulöse Infiltration durch die ganze Dicke desselben. Die Geschwüre werden mit ätherischer Jodoformlösung bepinselt. Nach Verflüchtigung des Äthers bleibt eine dünne Schicht Jodoformpulver auf der Geschwürsfläche zurück. Nach circa 14 Tagen sind die Geschwüre vollständig geheilt. Einen Monat später aufs Neue Schmerzen und Schluckbeschwerden. Der linke vordere Gaumenbogen zeigt eine harte, gelbliche, höckerige Oberfläche. Trotz Anwendung von Jodoform in der beschriebenen Weise mehren sich die Schmerzen und es bildet sich eine Ulceration der afficirten Partie. Unter Fortsetzung der Jodoformbehandlung heilt dieselbe rasch. Die Niederkunft ging normal von Statten. H. hielt die Pat. längere Zeit unter Augen; abgesehen von einer leichten Empfindlichkeit blieben die Gebilde des weichen Gaumens gesund. Bemerkenswerth ist, dass das Jodoform erst nach geschehener Geschwürsbildung seine heilende Wirksamkeit entfaltete.

Brockhaus (Godesberg).

505. R. W. Amidon. Notes on a case of acute Phthisis showing the Inutility of heroic antipyretic Treatment. Fall von akuter Phthise, beweisend die Nutzlosigkeit heroischer antipyretischer Behandlung.

(Archives of medicine — New York — Bd. VIII. p. 192.)

Ein 22jähriges Mädchen, ohne hereditäre Belastung, erkrankte 6 Wochen vor der Aufnahme in Folge einer schwachen Erkältung. Seitdem Brustschmerzen, Husten mit grünlichem Auswurf. Anorexie und Abmagerung. Die Untersuchung ergab Verdichtung beider Spitzen mit fein- und großblasigem Rasseln. Pat. bot bei Bettlage und einfacher Hustenmixtur bei durch 20 Tage fortgesetzter Beobachtung Morgentemperatur von 38° und 85 Pulse, 20 Resp. Abendtemperatur p. m. 39°, 105 P. 30 R. Der erste Versuch einer heroischen antipyretischen Behandlung bestand in einem kühlen Bade wie bei Typhusbehandlung (ohne Angabe des Wärmegrades. Ref.) und wurde von der Pat. unangenehm empfunden. Die Temperatur stieg unmittelbar nach dem Bade (11 Uhr Vormittags) von 38,9 auf 40°. Die Respirationsfrequenz von 22 auf 34. Puls kaum verändert. Wegen dieses schlechten Resultates wurde der Versuch nicht wiederholt. Nach einer weiteren Beobachtungsreihe von 3 Wochen, während welcher ein remittirendes, kontinuirliches Fieber mit entsprechender Puls- und Athmungsfrequenz bestand, 37,3—38 Abends 39—40,5, wurde eine einmalige Dosis von 5,20 Salicylsäure gegeben, welche aber als Wirkung nur ein Hinausschieben der Akme bis auf den späten Abend zeigte. Die Dosis, getheilt während des Vormittags gegeben, hatte kaum größeren Erfolg. Nach einem weiteren Zeitraume von 15 Tagen, während welcher die Krankheit rapid zunahm, die Abendtemperatur 40,5° erreichte und bereits Vormittags 39,5° zeigte, wurde Chinin in einer 3maligen 2stündlichen Dosis von 1 g gegeben. Die Temperatur erreichte um 1 Uhr 39,7°, Abends 9 Uhr 38,5°, beträchtliche Chininerscheinungen, welche noch mehrere Tage anhielten. Nachdem die Pat. 3 Tage ohne Medikation sich leidlich wohl gefühlt bei einer Temperatur kontinuirlich um 40°, wurde ein weiterer Versuch mit einer stündlichen Dosis von 0,6 Chininsulphat gemacht. Die Tem-



peratur schwankte am ersten Tage zwischen 37,1 und 38,5°, Pulse 76—80 (102 vor Beginn des Versuchs), der zweite Versuchstag 37,4—38,5°, Pulse 62—92, am dritten 37,3—38,6°, Pulse 65—96 in unregelmäßigen Erhebungen und Senkungen. Die Chininintoxikationserscheinungen wurden so eminent nach dem Verbrauch von 16,5 Chinin in 3 Tagen, dass ausgesetzt werden und wegen der Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen etc. Chloral gegeben werden musste.

Drei Tage nach Aussetzen des Chinins begannen Erscheinungen von Meningitis, leichter Opisthotonus, Kopfschmerz, Hyperästhesie, die Nachmittagstemperatur hatte gradatim 40,6° wieder erreicht. Am 6. Tage nach dem Versuch wurden in 10 Stunden 13,20 Jodkalium verabreicht, am folgenden Tage 6,50 Morgens, 7,20 Nachmittags und 7,20 als Abenddosis. Temperatur 40,7°, Puls 130, R. 30, folgenden Tages Pat. kollabirt, anscheinend moribund. Strabismus divergens und klonische Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Erbrechen. Mittags und Abends je 7,80 Jodkali, fortgefahren mit Kognak per anum und subkutan. Mit dieser Medikation von 3mal täglich 7,80 Jodkali wurde noch 10 Tage fortgefahren, von diesem Tage wegen ausgebrochenem Jodismus ausgesetzt. Die Meningealerscheinungen nahmen ab und verschwanden völlig. Pat. lebte ohne weitere Medikation noch 2 Monate. Die Autopsie ergab keine Meningealtuberkulose, dagegen Verdickungen der Pia an der Basis. Auf Grund dieses Falles warnt Verf. vor der dauernden Anwendung der Antipyretica bei progressiver Phthise, die Basalmeningitis bezieht er auf die Anwendung der kolossalen Chinindosen und führt die Heilung derselben auf die hohen Dosen von Jodkali zurück.

Lorent (Bremen).

Litterarische Neuigkeiten.

J. B. Baillière & fils, Paris.

Bouchut, E., Traité de diagnostique et de sémiologie. 8°. 12 Fr.
Picard, H., Névroses des organes génito-urinaires de l'homme. 8°. 2 Fr. 50 ct.
Buttura, A., L'Hiver à Cannes et au Cannet. 8°. 2 Fr. 50 ct.
Engel, R., Nouveaux éléments de chimie médicale et de chimie biologique. 2 Éd. 12. 8 Fr.

O. Doin, Paris.

Guerder, P., Manuel pratique des maladies de l'oreille. 12. Cart. 5 Fr.
Poyet, G., Manuel pratique de laryncoscopie et de laryngologie. 12. Cart. 7 Fr. 50 ct.
Ritti, A., Traité clinique de la folie à double forme. 8°. 8 Fr.
Yung, E., Le sommeil normal et le sommeil pathologique. 12. 2 Fr. 50 ct.

Th. Furchheim, Neapel.

d'Emilio, L., Contribuzioni alla farmacia ed alla terapeutica. Parte I. 8°. 5 L.

Bell & Bradfute, Edinburg.

Brown, J. G., Medical diagnosis. 8°. 7 sh. 6 d.

G. Masson, Paris.

Follin, E., & Duplay, S., Traité élémentaire de pathologie externe. Tome VI. Fasc. 4. 8°. 4 Fr.
Duhring, L. A., Traité pratique des maladies de la peau. 8°. 15 Fr.
Maclagan, T. J., Le rhumatisme, sa nature et son traitement. 8°. 7 Fr.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Prof. D. Finkler* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 37. **Sonnabend, den 23. December.** **1882.**

506. H. Pistorius (Friedland). Beiträge zur Pathologie der akuten Arsenikvergiftung.

(Archiv für exp. Path. und Pharm. Bd. XVI. Hft. 3 u. 4. p. 188. Mit 1 Tafel.)

P. untersuchte die anatomischen Veränderungen, welche bei der Arsenvergiftung im Darmkanale auftreten. Er fand, dass der Dünndarm stets stärker befallen wird als der Magen. Die Darmaffektion beginnt 1—2 cm unterhalb des Pylorus und ist im Duodenum am hochgradigsten, aber auch im Ileum noch sehr stark. Im Magen (des Hundes) findet sich eine lebhafte Injektion der Serosa und der Mucosa, jedoch kommt es niemals zu Blutungen. Die Darmaffektion entwickelt sich nach subkutaner Vergiftung mit tödlichen Dosen frühestens nach 2—3 Stunden, nach intravenöser Vergiftung frühestens nach 40 Minuten. Bei sehr großen Giftdosen kann der Tod, ohne anatomische Veränderungen zu bewirken, eintreten. Bei nur eben tödlicher Dose bilden die auffallendste Veränderung die bei



Hunden und Katzen in größerer oder geringerer Ausdehnung die Dünndarmschleimhaut überziehenden Pseudomembranen. In Fällen, wo die Vergiftung mit häufigen Durchfällen einhergeht, kommt es schon zeitig zu solchen Membranbildungen, die man in den Dejektionen vorfindet. Die Genese dieser Bildungen ist folgende: Das Primäre während des Lebens ist eine starke Hyperämie der Zottenkapillaren. Aus denselben erfolgt reichliche Transsudation einer leicht gerinnbaren, fibrinösen Flüssigkeit, durch deren Andrang die Epithelialüberzüge der Zotten abgelöst werden. Das fibrinöse Transsudat gerinnt allmählich und bildet durch Einschluss der abgestoßenen Zellenmassen die den Darm überlagernden Pseudomembranen. Die Leber ist nur selten fettig entartet; dagegen kommt Steatose der Gallenblasenepithelien vor. Seröse Transsudationen in das Perikardium und die Pleura, ja selbst in die Hirnventrikel sind häufig. Die von Cornil und Brault (1882) angegebene Fettentartung der Lungenepithelien konnte Verf. bei keinem der vergifteten Thiere sicher konstatiren. Ekchymosen im Endokardium waren bei Katzen manchmal zu finden.

Die von Boehm und Unterberger gegebene Erklärung, dass die Arsenikwirkung auf einer Lähmung der abdominellen Gefäße und einer Schwächung des Herzens beruhe, ist richtig (gegen Lassar); die Gefäßlähmung ist eine centrale und periphere.

Kobert (Straßburg i/E.).

---

507. **E. Stadelmann.** Die Arsenwasserstoffvergiftung.

(Archiv für exp. Path. und Pharm. Bd. XVI. Hft. 3 u. 4. p. 221.)

Bei Menschen tritt nach Arsenwasserstoffvergiftung stets eine Art Ikterus auf, der bei Thieren meist fehlt. St. zeigte nun, dass er bei etwas protrahirter Vergiftung auch an Thieren, wenn auch nicht sehr deutlich, zur Entwicklung kommt und seinen Grund in einer hochgradigen Veränderung der Galle hat, welche den Verf. dazu zwingt, in erster und zweiter Linie für diesen Ikterus die Leberthätigkeit verantwortlich zu machen und denselben als hepatogenen aus der Klasse der angeblich hämatogenen auszuscheiden. »Unzweifelhaft ist die Blutdissolution der Urgrund für den Ikterus, aber nur durch Vermittelung der Leber, welche in Folge des ihr zugeführten abnormen Blutes und Ernährungsmateriales eine abnorme Galle producirt, die durch ihre Eigenthümlichkeiten zur Resorption Veranlassung giebt.«

Kobert (Straßburg i. E.).

---

508. **O. Küstner.** Zur Kritik der Beziehungen zwischen Fäkalstase und Fieber. (Aus der gynäkologischen Klinik des Herrn Geh. Hofrath Schultze zu Jena.)

(Zeitschrift für klin. Medicin 1882. Bd. V. p. 186.)

Sehr häufig werden sowohl bei Wöchnerinnen als auch bei Ovariotomirten Temperatursteigerungen beobachtet, welche schwinden



nachdem reichliche Defäkation eingetreten ist. Während in einer Gruppe von Fällen die Temperaturerhöhung fast von Anfang an besteht, stellt sie sich bei einer zweiten kurz vor (seltener unmittelbar nach) der Defäkation ein. Häufig gehen damit peritonitische Reizerscheinungen einher: Druckempfindlichkeit des Abdomens, Meteorismus, Hochstand des Zwerchfells, Cyanosis und Pulsbeschleunigung. Etwaige Genitalausflüsse nehmen putriden Charakter an. Um diese Erscheinungen zu erklären, benutzt Verf. zunächst die Beobachtungen an Ovariotomirten. Er fand, dass die Temperatursteigerungen eintreten, wenn die Kothsäule in die Ampulle des Mastdarmes vordringt und diese ausfüllt. Durch öftere Peristaltik des Darmes und durch direkten Druck durch die ausgedehnte Ampulle werden die Wundflächen komprimirt, gewissermaßen massirt, so dass Wundsekrete zur ergiebigen und schnellen Resorption gelangen, die ihrerseits das mit der Fäkalstasis koincidirende Fieber bedingen. Vielleicht regen auch die stagnirenden Fäces lebhaftere Zersetzung der Wundsekrete an. Genau dasselbe gilt auch für Wöchnerinnen und oft genug kann man an ihnen perimetritische Exsudate von mitunter sehr geringem Umfange als weitere Folge nachweisen. **Eichhorst** (Göttingen).

---

509. **Tuczek.** Zur Lehre vom Durahämatom. Vortrag in der psychiatrischen Sektion zu Eisenach, mit Demonstration.

(Irrenfreund 1882. No. 9.)

Eine 42jährige Frau erkrankte 4 Monate vor dem Tode mit Gedächtnisschwäche und trauriger Stimmung bei vollem Krankheitsgefühl; dann stellten sich Erweiterung der Pupillen, ohne Starre, Eingenommenheit des Kopfes, Unbesinnlichkeit, große Unaufmerksamkeit, so wie Langsamkeit und Unbeholfenheit in allen Bewegungen, jedoch ohne auffällige motorische Schwäche, ohne halbseitige motorische Störungen und ohne Erscheinungen von Seiten der Gehirnnerven, ferner beiderseitige hochgradige Herabsetzung der Sehschärfe, die ihren Grund hatte in Neuroretinitis mit Stauungspapille und frischen streifigen Blutungen in der Retina, endlich vollständiger Verlust des Geruchsvermögens ein. Die Erscheinungen, besonders die Störungen der Intelligenz, besserten sich, bis plötzlich ein Anfall von Erbrechen, heftigem rechtseitigem Stirnkopfschmerz, starkem Collaps und zunehmendem Sopor auftrat, der nach 9 Stunden zum Tode führte. Dabei hatte die Kranke heftig mit den Armen um sich geschlagen und mit dem linken Bulbus langsame Nystagmusbewegungen gemacht, die linke Pupille war verengert, die rechte stark erweitert, beide starr; tiefe langsame Respirationen, Puls nicht unter 72. Der der Leiche entnommene Urin enthielt reichlich Zucker und etwas Eiweiß. Die Sektion wies einen mit flüssigem und geronnenem Blut und Pseudomembranen gefüllten, großen, scharf abgegrenzten Durahämatomsack nach, der die rechte Hemisphäre hochgradig abplattete



und nach einwärts drückte. Der größte Theil des Stirnlappens, der Centralwindungen und des Scheitellappens lagen komprimirt in einer schrägen etwas konkaven Fläche. An der übrigen Konvexität war die Hirnoberfläche mit der Dura vielfach leicht verklebt. Bei Eröffnung der Ventrikel fanden sich rechterseits die großen Ganglien bis in die Medianlinie nach einwärts gedrängt, links die Seitenventrikel erweitert.

Dass bei der hochgradigen Kompression gerade der motorischen Region keine Herdsymptome mit Ausnahme der linken Nystagmusbewegungen eintraten, erklärt sich aus der Langsamkeit der Kompression, welche zu keiner Ernährungsstörung der Hirnsubstanz führte. Die Neuroretinitis erklärt T. nach dem Vorgange von Huguenin aus meningitischen Processen an der Hirnbasis, die Anosmie aus Atrophie der Olfactorii in Folge der Verdickung der Meningen, die Anwesenheit von Zucker und Eiweiß im Urin aus dem Druck auf den vierten Ventrikel. **Peretti** (Andernach).

---

510. **Löwenfeld.** Die Erschöpfungszustände des Gehirns.
München 1882. 51 S.

Auf Grund eigener Erfahrungen versucht Verf. das schon unter dem Namen Cerebrasthenie oder Asthenie des Gehirns in letzter Zeit der spinalen Asthenie gegenüber gestellte Krankheitsbild als »Erschöpfungszustand des Gehirns« näher zu schildern.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit bei der Gehirnerschöpfung ist in verschiedenen Graden vermindert, je nach der Schwere des Falles findet sich die ganze Skala von leichterem Ermüden und Zerstreutheit bei geistiger Thätigkeit bis zur vollständigen Aufhebung jedes psychischen Schaffens. Bei vielen Pat. kann zwischendurch die geistige Vollkraft für Stunden und Tage wiederkehren. Zwangsvorstellungen, sowohl als unwillkürlich auftretende Einfälle, wie als krankhafte Frage- und Grübelsucht, können schon bei den leichteren Fällen auftreten. Von Seiten des Gemüthes zeigen sich leicht hypochondrische oder melancholische Verstimmungszustände, Furcht vor Gehirnleiden, namentlich vor Geisteskrankheit, hervorgerufen durch Eingenommenheit des Kopfes, Hemmung des Denkvermögens, Gefühl der Theilnahmlosigkeit gegen die Umgebung und Sensationen von Öde und Leere im Kopfe. Die Stimmung wechselt nicht selten, in den schwereren Fällen treten ausgeprägte melancholische Zustände auf, Angst, Interesselosigkeit, Selbstmordideen.

Von sensiblen Störungen sind zu nennen vor Allem Eingenommenheit des Kopfes, dann Druck auf den Kopf, Hitze oder Kälte des Kopfes, Gefühl, als ob ein Reif um den Kopf liege. Nur in wenigen Fällen wurden Parästhesien: Gefühl von Taubsein, Pelzigsein oder Prickeln am Kopfe, besonders der Stirn, auch im Gesicht und an den Extremitäten, beobachtet. Kopfschmerz ist häufig vorhanden, aber nur von vorübergehender Dauer und geringer Intensität, meist



beschränkt auf den Vorder- oder Hinterkopf oder eine Seitenhälfte des Kopfes. — Unter den sensoriellen Störungen ist das häufigste: Umneblung des Gesichtes von einigen Augenblicken bis zu Stunden anhaltend. Häufig findet sich auch zeitweiliges Ohrensausen oder Sausen und Rollen im Kopfe. — Motorische Störungen sind in den leichten Fällen oft gar nicht zu beobachten, in schwereren sind sie nicht selten, fibrilläre Zuckungen im Bereiche des N. facialis (besonders im Orbicularis palpebr.), in der Zunge, seltener an anderen Muskeln, ferner Zuckungen einzelner Glieder oder konvulsivische Erschütterung des Gesammtkörpers beim Einschlafen, allgemeiner Tremor, namentlich bei Affektzuständen. An den Extremitäten stellen sich Schwächezustände ein, zum Theil mit plötzlichen Steigerungen (plötzliche Kraftlosigkeit eines Armes, eines Beines), aber niemals andauernd in hohem Grade, niemals Paresen im Gebiete des Facialis. — Von sonstigen Erscheinungen sind zu nennen: Schwindel, Platzangst im engern und weitern Sinne, Angst beim Alleinsein, Störungen der Sprache von häufigem Versprechen bis zur vorübergehenden Unfähigkeit zu sprechen, Herzklopfen und Kongestionserscheinungen nach dem Kopfe, erschwertes Einschlafen, Aufschrecken beim Einschlafen, »Angor nocturnus« und anderseits Schlafsucht. — Die Reaktion auf Durchleitung des galvanischen Stromes durch den Kopf zeigte in zahlreichen Fällen Abweichungen von dem normalen Verhalten und zwar fand sich einerseits abnorm gesteigerte, anderseits abnorm herabgesetzte Empfindlichkeit, ersteres vorzugsweise bei Personen, die überhaupt leicht erregbar waren, letzteres bei solchen mit mehr theilnahmlosem und stumpfsinnigem Verhalten. Bei Personen mit mittlerer galvanischer Empfindlichkeit des Gehirns fand sich außerdem eine vorübergehende Steigerung nach gemüthlichen Aufregungen und Anstrengungen. L., der früher der Ansicht war, dass der Schwindel bei Galvanisation des Kopfes durch Änderung in den Cirkulationsverhältnissen herbeigeführt werde, ist durch eine Beobachtung an einem Gehirnastheniker, bei welchem sich bei querer Durchleitung eines Stromes durch den Kopf zuerst Schwindel und dann erst geraume Zeit später Änderung des Füllungszustandes der Retinagefäße einstellte, dazu gekommen, den galvanischen Schwindel von direkter Beeinflussung des Gehirns durch den Strom abhängig zu machen und glaubt, dass »wir nunmehr den konstanten Strom als Prüfungsmittel für die Erregbarkeit des Gehirns selbst und die Stromstärke, die zur Erzielung von Schwindel erforderlich ist, als Index der Erregbarkeit desselben benutzen können«.

Da die genannten Symptome der Gehirnerschöpfung bald mehr bald weniger bei den verschiedensten Gehirnerkrankungen vorgefunden werden, so muss die Diagnose der Gehirnerschöpfung sich namentlich auf den Mangel an Symptomen, die bei organischen Affektionen des Gehirns vorkommen, stützen. Schwierigkeiten bietet die Differentialdiagnose im Vergleich mit den oft sehr protrahirt verlaufenden Initialstadien der progressiven Paralyse, der einfachen

chronischen Meningitis und den Hirntumoren. Die Grenze zwischen Gehirnerschöpfung einerseits und Melancholie, Hypochondrie und Hysterie anderseits ist kaum strenge zu ziehen, da hypochondrische und melancholische Verstimmungen Symptome der Gehirnerschöpfung sein können, ohne aber sonst als selbständige Krankheitsbilder geleugnet zu werden.

Was das Wesen der Krankheit betrifft, so sucht L. dasselbe nicht in Anämie oder Hyperämie, sondern in Veränderungen des Nervengewebes, über dessen Natur wir allerdings noch keine Kenntnis besitzen. Dagegen sind wir im Stande, für die meisten Symptome der Gehirnerschöpfung den Ort der Veränderungen zu bestimmen, und zwar ist es vorwiegend die Hirnrinde, die betheiligt ist. Ätiologisch sind von Wichtigkeit die geistige Überanstrengung, die depressiven gemüthlichen Erregungen; dann Onanie, übermäßige Pollutionen, fieberhafte Krankheiten, besonders Typhus, andauernde Verdauungsstörungen, Blutmangel, anhaltende Säfteverluste und übermäßiger Gebrauch von Kaffee, Thee und Tabak. Die Prognose richtet sich nach der Dauer der Krankheit, nach vorhandener oder mangelnder nervöser Disposition und dem allgemeinen Ernährungszustande. Die Therapie hat es in erster Linie mit der Hebung der ursächlichen Momente zu thun; gegen die Erkrankung selbst wendet man Elektrotherapie (Galvanisation oder Faradisation des Kopfes, allgemeine Faradisation) und Hydrotherapie (kühle Abreibungen, Halbbäder mit oder ohne kühlere Rückenbegießungen, bei abgehärteten männlichen Personen im Sommer kühlere Badeformen, bei anämischen, korpulenten weiblichen Individuen Soolund Stahlbäder) an; dabei kräftige Ernährung, Bewegung aber ohne Ermüdung.

Peretti (Andernach).

---

511. **O. Vierordt.** Über atrophische Lähmungen der oberen Extremität.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XXXI. p. 485—521.)

V. giebt zunächst einen Überblick über die den atrophischen Lähmungen zu Grunde liegenden Krankheitsformen (traumatische Läsionen, periphere Neuritis, Poliomyelitis anterior und progressive Muskelatrophie) und die verschiedenen von den Autoren aufgestellten Theorien. Er selbst möchte weder der myopathischen, noch der neuritischen, noch der spinalen Theorie ausschließlich Recht geben, sondern eine jede derselben für einen Theil der Fälle gelten lassen. Bei der Unmöglichkeit mit Hilfe der pathologischen Anatomie eine Differentialdiagnose zu stellen, sei man allein auf die klinische Diagnose angewiesen und in dieser Beziehung seien vier Gesichtspunkte bei der Sonderung der atrophischen Lähmungen speciell der der oberen Extremität maßgebend: das Verhältnis zwischen Atrophie und Lähmung in Bezug auf die Zeit ihres Auftretens, die Lokalisation derselben im Muskelsystem, die Sensibilitätsanomalien und der elek-



trische Befund. Nach einer kurzen Besprechung dieser vier Punkte in Bezug auf ihr Verhalten bei den verschiedenen Formen der atrophischen Lähmung folgen zunächst die Krankengeschichten von 3 traumatischen Paralysen (2 Fälle von Ulnarislähmung und 1 Fall von Lähmung des N. radialis, medianus und ulnaris) die nach des Verf. eigener Ansicht von geringem Interesse für den Zweck seiner Arbeit sind. Wichtiger sind die nun folgenden 7 Fälle von peripherer nicht traumatischer Neuritis. Sechs von diesen Fällen betreffen Ulnarislähmungen, in dem 7. Falle handelt es sich um eine Neuritis progressiva multiplex, die im Anschluss an einen akuten Gelenkrheumatismus aufgetreten war. In diesen 7 Fällen fand sich im Großen und Ganzen betrachtet kein charakteristisches zeitliches Verhalten zwischen Atrophie und Lähmung, eine mehr oder weniger scharf ausgesprochene Lokalisation der motorischen, weniger der sensibeln Störungen im Gebiet eines bestimmten Nerven und Vorhandensein partieller und kompleter Entartungsreaktion. In dem ersten Falle war besonders bemerkenswerth, dass bei Reizung des N. ulnaris am Handgelenk sowohl bei Einwirkung eines starken Induktionsstroms, als auch bei starker galvanischer Reizung und zwar hier bei KaS träge, langsam ablaufende Zuckungen im Hypothenar auftraten, ein Verhalten, das nach des Verf. Ansicht bis jetzt noch nie am Menschen beobachtet wurde. In dem 7. Falle zeigte sich das Bild der peripheren Neuritis durch den als ätiologisches Moment anzunehmenden Gelenkrheumatismus wesentlich modificirt, doch unterlässt Verf. eine genauere Besprechung dieses Falles unter Hinweis auf einen ähnlichen von Leyden publicirten. Es folgt nun die dritte Gruppe von Krankengeschichten, zusammengesetzt aus 6 Fällen von progressiver Muskelatrophie und einem Fall von Poliomyelitis anterior chronica. In den 6 ersten Fällen zeigte sich eine ausgesprochene Parallelität von Atrophie und Schwäche, mehr oder weniger diffuse Lokalisation der Erkrankung. Fehlen von Sensibilitätsstörungen (in einem Theil der Fälle fanden sich initiale Reizerscheinungen: Parästhesien und ziehende Schmerzen) und in Bezug auf den elektrischen Befund im Allgemeinen die Mittelform der Entartungsreaktion. Im Anschluss an den elektrischen Befund kommt Verf. auf die Frage von der Koincidenz von fibrillären Zuckungen und Entartungsreaktion zu sprechen. In einem der 6 genannten Fälle fand er ein vollkommenes Fehlen von fibrillären Zuckungen, während in allen anderen Fällen dieselben zwar mehr oder weniger deutlich ausgesprochen vorhanden waren, sich aber auch in Muskeln fanden, die absolut keine Spur von Entartungsreaktion zeigten. Er kann hierin im Gegensatz zu Remak keinen Beweis gegen die Ansicht von Friedreich sehen, der den fibrillären Zuckungen einen myositisch-neuritischen Process zu Grunde legt, da einerseits sich die in der Tiefe vorgehenden fibrillären Zuckungen der Beobachtung entziehen und andererseits wohl einzelne oberflächlich gelegene degenerirte Bündel fibrilläre Zuckungen geben können, ohne zum Zustandekommen der Entartungsreaktion zu genügen. Im Gegen-



satz zu den Fällen von progressiver Muskelatrophie fand sich in dem einen Fall von Poliomyelitis anterior chronica, der genau den von Erb als Mittelform beschriebenen Fällen entsprach, allmähliches Eintreten der Lähmung mit Atrophie bei normaler Sensibilität, Lokalisation in einzelnen Muskeln verschiedener Nervengebiete, normale Sehnenreflexe, normale elektrische Erregbarkeit vom Nerven aus, aber im Muskel typische Entartungsreaktion. Verf. bespricht hierauf noch ein Mal kurz die Hauptmomente der vier Krankheitsgruppen und geht über zur Differentialdiagnose. Der Parallelismus zwischen Atrophie und Lähmung ist nicht für sich allein beweisend für progressive Muskelatrophie, wohl aber ist diese Krankheit mit Sicherheit auszuschließen, wenn eine Voraufgehung der Lähmung vor der Atrophie besteht. Es kann sich dann nur um Neuritis oder Poliomyelitis anterior handeln. In Bezug auf die Lokalisation der Lähmung und Atrophie ist für die Neuritis ein Gebundensein derselben an das Gebiet des erkrankten Nerven zu fordern, doch kann auch dieses Merkmal, wie aus dem durch Gelenkrheumatismus bedingten Falle von Neuritis multiplex progressiva hervorgeht, fehlen. Die bei den 6 Fällen von progressiver Muskelatrophie zu konstatirende mehr oder weniger diffuse Erkrankung der Handmuskeln ließ allerdings sofort Neuritis, nicht aber Poliomyelitis anterior ausschließen. In Bezug auf die Anomalien der sensibeln Sphäre wird durch eine erhebliche Herabsetzung des Tastsinns und Schmerzgefühls die Diagnose Neuritis gesichert, da bei beiden anderen Erkrankungen nur ganz geringe Alterationen vorkommen. Was endlich den elektrischen Befund betrifft, so lässt sich hierüber nur so viel mit Sicherheit sagen, dass das Bestehen kompleter Entartungsreaktion bei geringer Atrophie die progressive Muskelatrophie ausschließt. Für die Neuritis sind endlich pathognomisch wichtige Zeichen Schwellung der Nerven mit lokalem und eventuell centripetal strahlendem Druckschmerz. Zum Schlusse giebt Verf. noch ein kurzes Resumé der vier Krankheitsbilder mit besonderer Berücksichtigung der beschriebenen Fälle.

Gessler (München).

---

512. **Lemoine** et **Lannois.** Périméningite spinale aiguë.

(Revue de médecine 1882. No. 6.)

Die Bezeichnung Perimeningitis medullae spinalis rührt von Albers her. Trombe führte den Namen Peripachymeningitis spinalis ein, jedoch glauben die französischen Autoren, dass die Benennung nach Albers, périméningite spinale, den Vorzug verdiene. In den aus der Litteratur angeführten Fällen, welche nicht allzuhäufig sind, war die Entzündung meistens sekundärer Natur: bald bildeten Nekrose, Pott'scher Buckel, syphilitische Processe der Wirbelknochen die Ursachen, bald sind es phlegmonöse Erkrankungen, welche von außen in den Wirbelkanal vorgedrungen waren; in einem Falle ist ein sarkomatöser Tumor im obern Abschnitte des Mediastinum

als Ausgangsstätte einer subpleuralen Entzündung zu bezeichnen, welche auf das perimeningeale Zellgewebe übergriff; einmal erblicken wir in einer Angina Ludovici die Ursache. In all diesen Fällen traten eine Reihe von Symptomen auf, welche denen einer gewöhnlichen Meningitis spinalis entsprachen, z. B. Lendenschmerzen, Starre der Nacken- und Rumpfmuskulatur, heftige febrile Erscheinungen etc.

Aber es giebt auch Fälle, in welchen die Entzündung spontan und primär um die Meningen herum auftritt, zur Eiterung kommt und den Tod bedingt, ohne dass die Dura mater an dem entzündlichen Vorgang Theil nimmt. Wenn die Symptome der Meningitis auftreten, so sind sie doch nicht von großer Wichtigkeit und weit entfernt, den Symptomenkomplex zu beherrschen. Gerade diese Formen sind es, welche den Namen Perimeninigitis medullae spinalis als geeigneter erscheinen lassen. Einen solchen Krankheitsfall beschreiben die Verff. ausführlich; wir sehen, wie fünf Tage nach einem unerheblichen Sturz schon eine Paraplegie sich entwickelt, wie die Paralysis akut nach oben fortschreitet und der Tod unter asphyktischen Zeichen eintritt. Bei der Sektion fand sich nur eine Eiterung in dem Kanal, außen von den Meningen, in reichem Maße und zwar von dem 7. Halswirbel bis zum 8. Rückenwirbel, mit einer ziemlich weit verbreiteten Erweichung des Rückenmarkes in Folge des Druckes.

Einen ganz ähnlichen Fall hat Lewitzky 1877 veröffentlicht.

Im Anschluss an ihre Beobachtung besprechen Verff. die Diagnose, welche fast unüberwindliche Schwierigkeiten dabietet. Man kann die Perimeningitis vermuthen, wenn eine Eiteransammlung in den Weichtheilen um die Wirbelsäule herum besteht, welche sich durch die Foramina intervertebralia fortsetzen kann, oder wenn der primär im Rückenmarkskanal entstandene Eiter nach außen zu Tage tritt: dies war in ihrer eignen Beobachtung der Fall, wo bei der Sektion nach Abtragung der Weichtheile einzelne Tropfen Eiter zwischen dem 1. und 2. Dorsalwirbel, aus den Foramina hervorflossen. **Prior** (Bonn).

---

513. **Mackenzie.** Paralysis of the muscles of the larynx. (Paralyse der Kehlkopfmuskeln.)

(The med. record Bd. XXII. Hft. 17.)

Die Stimmbänder haben drei Funktionen: 1) den Eingang zum Kehlkopf zu bewachen, resp. offen zu halten, 2) den Ton beim Sprechen und 3) beim Singen zu erzeugen. Für den Arzt haben hauptsächlich die beiden ersten Bedeutung. Bei Lähmung der Stimmbänder kann, je nach den afficirten Muskeln, die eine oder die andere dieser beiden Funktionen aufgehoben sein. Sind beide Mm. crico-arytaenoidei postici, oder wie M. sie nennt, die Abduktoren der Stimmbänder gelähmt, so ist der Zutritt der Luft zu den Lungen in



hohem Grade gefährdet. M. empfiehlt in solchen Fällen sofortige Tracheotomie. Paralyse der genannten Muskeln kann centraler Natur sein, z. B. wenn die Vaguswurzeln im vierten Ventrikel in irgend einer Weise afficirt sind, oder sie kann peripheren Ursprung haben (Druck auf die Recurrentes durch Struma, Erkrankungen des Ösophagus etc.); endlich kommt auch eine direkte myopathische Lähmung dieser Muskeln vor. Ist die Lähmung einseitig, so ist meist die linke Seite betroffen und der Grund in der Mehrzahl der Fälle (nach M. unter 10 wenigstens 6mal) Aneurysma der Aorta und Kompression des betreffenden Recurrens. Der Lähmung der Abduktoren der Stimmbänder stellt M. diejenige der Adduktoren gegenüber, bei welcher das Athmen in keiner Weise beeinträchtigt ist, wohl aber die Stimme. Diese Affektion ist häufig hysterischen Ursprungs. Die Kranken husten, lachen etc. laut, zum Beweis, dass die betreffenden Muskeln reflektorisch erregbar sind. Gestützt auf die Erfahrung, dass oft in derartigen Fällen die Stimme nach einem plötzlichen Schreck wiederkehrte, empfiehlt M., die Kranken zu elektrisiren und die Stärke des Stromes so lange zu steigern, bis sie laut sprechen. Eine zweite Methode, von der M. gute Resultate sah, ist, die Kranken in Gegenwart eines Bekannten leicht zu chloroformiren. Mit Beginn der Narkose fangen sie an, laut zu sprechen. Lässt man sie dann allmählich wieder zu sich kommen, so merken sie, dass sie laut sprechen und freuen sich, dass sie durch die mit ihnen angestellte Procedur ihre Stimme wieder gewonnen haben. Die dritte Funktion der Stimmbänder, die Produktion der Töne beim Singen, wird nach M. beeinträchtigt resp. aufgehoben durch Lähmung des M. thyreo-arytaenoideus. Das beste Heilmittel ist in solchen Fällen Ruhe.

Brockhaus (Godesberg).

---

514. **F. Siemens.** Wahnideen und Delirien.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 20.)

Um der missbräuchlichen Konfundirung der Ausdrücke »Wahnideen (Wahnvorstellungen)« und »Delirien« zu begegnen, schlägt S. vor, als Delirium ausschließlich »irres Reden und Handeln ohne Bewusstsein« zu bezeichnen; als Wahnideen dagegen »auf krankhafte Weise zu Stand gekommene Vorstellungen oder Associationen von Vorstellungen, durch welche das Bewusstsein gefälscht und das Fühlen und Streben der Menschen in krankhafter Weise beeinflusst wird« — wohin die meisten wahnhaften Äußerungen der Geisteskranken gehören.

Eulenburg (Berlin).



515. **R. Saundby.** On the albuminuria of epilepsy. (Über Eiweißharn bei Epilepsie).

(Med. times and gazette 1882. Okt. 14.)

Als Beitrag zur Frage nach dem Vorkommen von Albuminurie im Anschluss an epileptische Anfälle berichtet S., dass er bei 20 Epileptikern 27mal den Urin nach (schweren) Anfällen untersucht und nur 5mal Eiweiß darin vermisst hat. Dass einzelne Autoren dies so selten gefunden haben, liegt nach ihm daran, dass die von ihnen beobachteten Kranken, die sich im Hospital befanden, gar nicht oder nur wenig umhergehen. **Küssner** (Halle a/S.).

---

516. **Potain.** Pseudo-lipome sous-claviculaire. (Pseudo-lipoma supraclaviculare.)

(Gaz. méd. de Paris No. 42. — Académie de médecine, Sitzung vom 17. Okt. 1882.)

Vor einigen Jahren hat Verneuil unter dem Namen Pseudo-lipome sous-claviculaire (über dessen Zweckmäßigkeit sich wohl streiten lässt) eine ödematöse Anschwellung im Bereich der Fossa supraclavicularis beschrieben, welche zuweilen bei »Rheumatikern« beobachtet wird; es handelt sich um eine schmerzlose, lange dauernde, aber unzweifelhaft rein ödematöse Schwellung von 2—3 cm Dicke, über die nichts Näheres bekannt ist. P. hat dasselbe beobachtet und außerdem an verschiedenen anderen Körperstellen (Malleolen, Achillessehne, Ligamentum patellae, Handrücken) analoge Ödeme gesehen, welche sich im Laufe der verschiedenen »Formen des Rheumatismus« (chronische, wie akute und subakute) einstellen; während der letzten 3 Jahre waren es 20 Kranke (16 Frauen, 4 Männer), bei denen er dies konstatirte. Weder allgemeine Cirkulationsstörungen noch lokale Stauungen u. dgl. konnten als Ursache verantwortlich gemacht werden. Bei einer Anzahl der betr. Frauen hatten vor kurzer Zeit die Menses aufgehört. 4 Kranke waren außerdem diabetisch.

In einem Bericht über obigen Vortrag fügt de Ranse eine eigene Beobachtung von »Pseudo-lipome sous-claviculaire« bei einer 55jährigen an Gicht leidenden Dame hinzu. **Küssner** (Halle a/S.).

---

517. **Rendu.** Péricardite aiguë a frigore. (Akute Perikarditis in Folge von Erkältung.)

(L'union méd. 1882. No. 147, 149, 151 und 152.)

R. beobachtete folgenden Fall. Ein junger Mann von 18 Jahren erkrankte nach einer starken Erkältung und Durchnässung des Körpers unter Symptomen, die einen beginnenden Typhus annehmen ließen. Nach einigen Tagen stellten sich die Zeichen einer Anfangs trockenen, später exsudativen Perikarditis ein. Trotz Anwendung verschiedener Mittel (Diuretika, Applikation von Schröpfköpfen,



Vesikantien, Glüheisen auf die Herzgegend etc.) nahm das Exsudat zu und der Zustand des Kranken wurde ein sehr schlechter: hochgradige Dyspnoe und Oppression, starke Cyanose und Schwellung des Gesichts; der kleine und frequente Puls zeigt den Charakter des Pulsus paradoxus (Aussetzen während der Inspiration); Herzgegend vorgetrieben und ödematös. Das Exsudat reichte nach oben bis zur oberen Partie des zweiten Interkostalraums, nach unten, das Zwerchfell herabdrängend, bis zum siebenten Interkostalraum, nach rechts $1^1/_2$—2 cm über das Sternum, nach links 3 cm über die Brustwarze. Hinten ergab die Perkussion tympanitischen Schall in der ganzen Fossa supraspinata. R. machte die Paracentese vermittels des Potain'schen Aspirators. Er stieß den Trokar in der Mamillarlinie 5 cm unterhalb der Brustwarze ein und entleerte 970 ccm einer klaren, citronenfarbigen, fibrinreichen Flüssigkeit. Unmittelbar nach der Operation bedeutende Erleichterung des Kranken, die Dyspnoe verschwand, dagegen stellte sich ein quälender Husten mit schleimigem, zähem Auswurf ein, wie dies auch während und nach der Entleerung größerer pleuritischer Exsudate beobachtet wird. Die Auskultation ergab in den nächsten Tagen die Zeichen einer Kongestion der linken Lunge. Die Dämpfung in der Herzgegend hatte nach oben und den Seiten hin nur in geringem Grade abgenommen, Puls klein nnd frequent aber regelmäßig; die Athembewegungen zeigten auf denselben keinen Einfluss mehr. Die Beklemmung und die Dyspnoe nahmen nach einigen Tagen wieder zu; starke Dosen Kaffee brachten unter vermehrter Diurese Erleichterung. Darauf langsame aber kontinuirliche Besserung. Einen Monat nach der Punktion entwickelte sich, wahrscheinlich in Folge einer neuen Erkältung, eine linksseitige Pleuritis mit mäßigem Exsudat, und einige Tage später eine trockene rechtsseitige Pleuritis, welche unter Hinterlassung leichter Adhärenzen heilten. 4 Monate nach Beginn der Erkrankung war der Allgemeinzustand des Pat. befriedigend. Es existiren noch Spuren von Hervorwölbung in der Herzgegend, aber es ist kein Exsudat mehr nachweisbar. Die Herztöne sind dumpf und schwach, perikardiale Geräusche nirgends zu hören. Die Herzdämpfung ist vergrößert; der vertikale Durchmesser beträgt 14, der transversale an der Basis 12, in der Höhe der Brustwarze $8^1/_2$ cm. Puls klein und frequent, Jugularvenen stark gefüllt. R. zweifelt nicht, dass sich eine Verwachsung der vorderen Herzwand mit dem Herzbeutel ausgebildet hat.

In der Epikrise über den mitgetheilten Fall macht R. auf die Seltenheit dieser Entstehungsweise der Perikarditis (ohne vorhergegangenen Gelenkrheumatismus) aufmerksam. Doch ist er geneigt, bei dem Pat. eine rheumatische Diathese anzunehmen, die sich in der Neigung verschiedener seröser Häute (Pleura und Perikardium) zu entzündlichen Affektionen geäußert habe. Er erinnert an die einschlägige Arbeit von Duroziez (s. dieses Centralblatt 1881. No. 376). Sodann bespricht er die Differentialdiagnose zwischen perikarditischem

Exsudat und der, bei jugendlichen Individuen nicht seltenen Dilatation des Herzens. Dass dieselbe nicht immer leicht ist, beweisen die von bedeutenden Diagnostikern gemachten Irrthümer; s. einige Beispiele im Original. Nach R. sind die Ergebnisse der physikalischen Untersuchung weniger entscheidend als die Würdigung der begleitenden Allgemeinerscheinungen. Für Dilatation des Herzens spricht z. B. das Auftreten von Ödemen der Unterextremitäten und von Ascites, Vergrößerung der Leber, Verminderung des Urins und Albuminurie. Bei perikarditischem Exsudat kommt es nicht zu allgemeinem Hydrops, der Urin enthält kein Eiweiß etc. Der Puls ist bei Dilatatio cordis auch klein und frequent, zeigt aber nie den Charakter des Pulsus paradoxus. R. giebt im Original zwei charakteristische Pulskurven, vor und nach der Paracentese des Exsudats genommen. Hervorwölbung der Herzgegend kann bei beiden Affektionen vorhanden sein, eben so Vergrößerung der Herzdämpfung. In Bezug auf letztere ist charakteristisch für perikardiales Exsudat, dass dasselbe den Herzbeutel hauptsächlich nach unten (Herabdrängung des Zwerchfells) und nach hinten (Kompression der Lunge, tympanitischer Schall bei Perkussion von hinten) ausdehnt. Endlich spricht Ödem der Haut in der Herzgegend für perikardiales Exsudat. Bemerkenswerth war in R.'s Fall das Verhalten der Temperatur. Während dieselbe in den ersten Tagen der Erkrankung 40° und mehr betrug, hielt sie sich später zwischen 38 und 39° C., sank am Tage vor der Operation auf 37,8, um nach letzterer wieder auf 39° zu steigen, und dann zwischen 37,5° und 39° zu schwanken. Die Steigerung nach der Operation ist nach R. durch die Kongestion der linken Lunge zu erklären.

Zur Ausführung der Paracentesis pericardii giebt R. der Punktion mit nachfolgender Aspiration vor allen andern Methoden den Vorzug. Die Incision des Perikards ist nur indicirt, wenn die eitrige Beschaffenheit des Exsudats durch eine Probepunktion festgestellt ist. Der Einstichpunkt soll möglichst tief, 1 cm über der untern Dämpfungsgrenze und ca. 4 cm nach links vom Sternum gemacht werden, weil die Entleerung hier am leichtesten vor sich geht und Verletzungen des Herzens am sichersten vermieden werden. Da bei perikardialen Exsudaten von solcher Größe, dass eine Operation nöthig wird, das Zwerchfell stets stark herab- und die Lunge nach hinten gedrängt ist, sind Verletzungen dieser Organe nicht zu fürchten.

Zum Schluss stellt R. die in der Litteratur aufgezeichneten Fälle von Paracentesis pericardii zusammen und berechnet, dass in 32 % derselben bleibende Besserung resp. Heilung durch die Operation erzielt wurde. Das Verhältnis wird ein viel günstigeres, wenn diejenigen Fälle, in denen an tuberkulösen etc. Kranken operirt wurde, ausgeschlossen werden; von 10 Kranken, die wegen unkomplicirter Perikarditis mit serösem Exsudat operirt wurden, genasen 8. Aber auch in den weniger günstigen Fällen plaidirt R. für Ausführung der



Operation, da, wenn auch keine Heilung, so doch eine bedeutende Erleichterung des Kranken stets erzielt wird. **Brockhaus** (Godesberg).

---

518. **G. W. Balfour.** Arguments in favour of the theory of dilatation of the heart as the cause of cardiac haemic murmurs, and of the appendix of the left auricle being the primary seat of this murmur. (Beweise für die Theorie, dass vorübergehende Dilatation des Herzens die Ursache der sog. Blutgeräusche, und dass das linke Herzohr der Hauptsitz dieser Geräusche ist.)

(Edinb. med. journ. 1882. Oktober.)

B. bringt eine kurze Zusammenstellung der Fakta, welche dafür sprechen, dass die sog. accidentellen, anorganischen oder Blutgeräusche außerordentlich häufig durch vorübergehende Dehnung und Dilatation der Herzventrikel entstehen, dass es sich also um relative oder temporäre Insufficienz der venösen Klappen (Mitralis und Tricuspidalis) handelt. Die »anorganischen« Geräusche würden demnach principiell (wenigstens in einer großen Reihe von Fällen) denselben Entstehungsmodus haben wie die »organischen«, durch anatomische Erkrankungen der betr. Klappen bedingten — eine Anschauung, die auch in Deutschland immer mehr Verbreitung gewonnen hat. B. betont dann noch die schon von Naunyn hervorgehobene Bedeutung des linken Herzohres für die Entstehung resp. Fortleitung der Geräusche. **Küssner** (Halle a/S.).

Kasuistische Mittheilungen.

519. **G. Burckhardt.** Ein Fall von Worttaubheit.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1882. No. 20.)

Pat. erkrankte Anfang 1877 an Aphasie, Alexie und Agraphie. Die Aphasie hatte diejenige Form, welche der Ref. als Leitungsaphasie unterscheidet, d. h. sie bestand wesentlich im Verwechseln von Wörtern, und eben so verhielt sich Agraphie und Alexie. Nach einigen Monaten besserte sich alles so weit, dass Pat. sogar litterarisch thätig sein konnte. Im Juni 1881 stellte sich dann plötzlich als Novum die von dem Verf. so genannte Worttaubheit ein und blieb bis Juni 1882, wo ihn der Verf. zuletzt sah, unverändert bestehen. Von dem Defekt hatte der Pat. keine Ahnung. Es scheint, als ob das Schreiben und Lesen durch den neuen Einfall nicht beeinträchtigt worden sei, beim Sprechen gebrauchte Pat. hin und wieder falsche Wörter, ohne es zu bemerken. Sein Gehör war gut, rechts sogar krankhaft empfindlich. Pat. war somit nicht nur worttaub, sondern auch aphasisch, da er Wörter verwechselte, wie alle derartige Kranke. Man sollte desshalb lieber den von dem Ref. bei der ersten Beschreibung dieses Zustandes vorgeschlagenen Namen der sensorischen Aphasie darauf anwenden. Im Übrigen dürfte das Hauptinteresse des Falles darin bestehen, dass die sensorische Aphasie nicht wieder ausgeglichen



wurde, sondern Bestand hatte. Eine doppelseitige Läsion der beiden ersten Schläfewindungen wird dadurch wahrscheinlich. Die Besprechung des Falles leidet an mangelhafter Kritik; als die sicherste Grundlage unseres Wissens scheint Verf. das Buch von Exner über die Funktion der Großhirnrinde zu betrachten. Es sei hier dem Ref. gestattet, eine ihn angehende Bemerkung des Verf. zu berichtigen. Der Verf. sagt nämlich: »Wernicke hatte schon in seiner früheren Arbeit (Der aphasische Symptomenkomplex, Breslau 1874) behauptet, dass die sensorischen Partien des Sprachfeldes in der hinteren Partie der insulären Ausstrahlung liegen, resp. in dem Schläfenlappen zu suchen seien. Seither sind nun einige Sektionsbefunde dieser Behauptung zu Hilfe gekommen (vgl. bei Exner die Fälle 112, 113, 121 und dessen Tafel). In diesen Fällen wurde die oberste Temperarwendung »wirklich erkrankt gefunden«. Sie war schon vorher wirklich erkrankt gefunden worden und zwar gleich in zwei der von mir mitgetheilten Fälle an dem eben angeführten Orte.

Wernicke (Berlin).

520. **O. Berger.** Ein Fall von progressiver Paralyse.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 22.)

B. veröffentlicht einen (im Breslauer städtischen Armenhause beobachteten) Fall, welcher der von Neumann und anderen hervorragenden Psychiatikern bekanntlich aufgestellten Behauptung des ausschließlichen Vorkommens der Paralyse beim männlichen Geschlecht widerspricht. B. hebt dem gegenüber hervor, dass allerdings die von Neumann geschilderte »klassische« Form der Paralyse beim weiblichen Geschlecht relativ seltener angetroffen werde. Die Paralyse der Frauen hat im Allgemeinen einen weit ruhigeren, weniger turbulenten und langsameren Verlauf. Das maniakalische Stadium ist von geringerer Intensität, der Größenwahn fehlt nicht selten, oder tritt wenigstens nicht so grell zu Tage, und der fortschreitende Schwachsinn — das psychische Hauptkriterium der Krankheit — beherrscht die Situation. In dem mitgetheilten, eine 28jährige Näherin betreffenden Falle konnte aus der bis zum tiefsten Blödsinn fortschreitenden Intelligenzschwäche, in Verbindung mit den hochgradigen Motilitätsstörungen an Ober- und Unterextremitäten, der charakteristischen Sprachbehinderung etc. die klinische Diagnose unschwer gestellt werden, wennschon in einer gewissen Krankheitsperiode die Möglichkeit einer multiplen Sklerose nicht völlig auszuschließen war. Die ersten manifesten Erscheinungen traten schon im Alter von 23 Jahren auf, und die Dauer des Leidens betrug fast 6 Jahre. Von den Symptomen sind die das Initialstadium beherrschenden Anfälle von arteriellem Gefäßkrampf hervorzuheben, welche sich Anfangs auf die Finger der rechten Hand beschränkten, später über den ganzen Arm ausdehnten und mit motorischer Störung der ischämischen Theile verbinden; der cerebrale Ursprung dieser Anfälle (linke Großhirnhemisphäre) wurde durch die hinzutretende hochgradige Sprachbehinderung noch evidenter, und es handelte sich hier also offenbar um einen paroxystischen Angispasmus, als dessen Ausgangspunkt nach B. die von Eulenburg und Landois nachgewiesenen vasomotorischen Centren der Großhirnrinde anzusprechen sein dürften. Der anatomische Befund ergab hochgradigste Atrophie des Gehirns, mit chronischer Leptomeningitis cerebralis und spinalis; am Rückenmark zahlreiche Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen, doch keinerlei sklerotische Processe. Das Gehirngewicht betrug nur 850 g (mittleres Gehirngewicht bei Frauen nach R. Wagner = 1250; Mendel fand bei Paralytikern als Minimum 1125, Meyer als niedrigstes Gehirngewicht nach mehrjähriger Krankheitsdauer 950).

Eulenburg (Berlin).

521. **A. Kumar** (Wien). Kasuistische Mittheilungen.

(Wiener med. Blätter 1882. No. 47.)

I. Mastitis oder akute Carcinombildung?

Eine 43 Jahre alte Frau verspürte seit einigen Wochen bei allgemeinem Unwohlseinsgefühle Schwäche, Appetitlosigkeit, vermehrtem Durste lancinirende, außer-



dem auch kontinuirliche Schmerzen in beiden, früher schlaffen, kaum faustgroßen, nun aber runden, derben, prallen und bald um das Doppelte vergrößerten Brüsten. Die Frau zeigt bei der Aufnahme fahle Gesichtsfarbe, blasse Lippen, trockene Haut, Abmagerung. »Das rechte Auge stark hervorragend«, Ptosis, »das Auge etwas nach außen gedreht, die Pupille eng, das Sehen undeutlich«, Jochbogen rechterseits verdickt. Aus dem Munde fauliger Geruch, das blasse, am Rande bleigraue Zahnfleisch leicht blutend. Die Haut über den Brüsten gespannt, glänzend, hie und da von ausgedehnten Venen durchzogen, die Brüste gleichmäßig hart, auf ihrer Unterlage auch bei stramm ausgespanntem Muskel leicht allseitig verschiebbar; auf ihrer Oberfläche kleine Unebenheiten. Magen mäßig erweitert, Leber, Milz vergrößert.

K. wusste nicht, ob es sich um eine ungewöhnliche Entzündungsform (ganz deutliche, örtliche Erscheinungen der Entzündung, die kurze Dauer) oder um eine akute Carcinomentwickelung (große Härte, klumpige Form beider Drüsen, lancinirende Schmerzen, Kachexie) handle, entschied sich aber wegen der Kürze der Zeit, in der die Anschwellung zu Stande gekommen war (14 Tage), für die erstere Annahme. Therapie: Jodkaliumsalbe, mäßig komprimirender Verband, gute Nahrung. Am 8. Tage des Spitalaufenthaltes wurden der Kranken 2 kariöse Zähne gezogen, worauf 3mal heftige Blutungen entstanden, welche erst am folgenden Tage durch Tamponade mit in Liquor. ferr. sesquichlor. getränktes Charpie gestillt werden konnte; 3 Tage später plötzlich Athembeschwerden, Collaps; Exitus letalis. Obduktion: Anämie des Hirns; »das rechtsseitige Ganglion Gasseri bedeutend größer, nach auswärts gedrängt; an seiner Innenseite eine nahezu haselnussgroße Höhle« mit locker geronnenem Blute. Die Pyloruswandungen ringförmig von Carcinommasse durchsetzt, seine Lichtung etwas verengt. Leber und Milz amyloid degenerirt; beide Brüste von einer glänzend weißen, speckartigen, äußerst derben, von bis nussgroßen hämorrhagischen Herden durchsetzten Masse eingenommen.

Es hatte sich also um akute Carcinombildung und um Apoplexien in das Carcinom gehandelt, daher die rasche Volumszunahme und der entzündliche Charakter.

II. Spasmus der Halsmuskeln.

Ein 40 Jahre alter Mann war 16 Jahre vor seiner diesmaligen Erkrankung von einer ähnlichen Affektion durch das von Prof. Schuh applicirte Glüheisen und darnach längere Zeit unterhaltene Eiterung der Brandwunde vollkommen geheilt worden. Oktober 1880 nach einem starken Schrecke zuerst leise, bald aber stärkere und heftigere stoßweise Kontraktionen des linksseitigen Sternocleidomastoideus: wackelnde, immer zunehmende Bewegungen des Kopfes, endlich $^1/_4$ Minuten dauernder, tonischer Krampf. Versuch, durch Willensimpuls den Krampf zu unterdrücken oder den Kopf zu drehen, vermehrt die Krämpfe, die nur wenn der Kopf im Bettkissen vergraben ist, längere Zeit cessiren. Besserung auf Morphin- und Atropininjektionen und mehrwöchentliche Faradisirung. Dann Verschlimmerung, wie es scheint, in Folge neuerlicher Gemüthsbewegung: nahezu kontinuirliche oscillirende Bewegung des Kopfes, hie und da in anhaltenden, sehr schmerzhaften Krampf übergehend. Conterium actuale auf der linken Halsseite an den von der früheren Kur herrührenden Narben; nach Abfall der Schorfe Unterhaltung der Eiterung mittels Labinasalbe. Besserung nach 5 Wochen und Überstehen eines Blasen- und Darmkatarrhes. Vorübergehende Morphiomanie, da die Brandwundenschmerzen zu häufigen Morphininjektionen veranlasst hatten. Einige Wochen später überzeugte sich K. von der vollkommenen Heilung. **K. Bettelheim** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.




Centralblatt
für
KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von den Professoren Dr. Dr.

Frerichs, Berlin, **Gerhardt**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Nothnagel**, Wien, **Rühle**, Bonn,

Prof. Dr. **Binz** in Bonn, Direktor Dr. **Struck** in Berlin,

redigirt von

Prof. **Brieger**, Berlin, Prof. **Ehrlich**, Berlin, Prof. **Finkler**, Bonn, Dr. **A. Fränkel** Berlin.

Dritter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

No. 38 u. 39. Sonnabend, den 30. December. **1882.**

522. **Flechsig.** Über eine modificirte Anwendungsweise von Mosso's Hydrosphygmograph.

(Neurologisches Centralblatt 1882. No. 22.)

F. benutzt zur Untersuchung des Vorderarmpulses Geisteskranker den Mosso'schen Hydrosphygmographen mit der Modifikation, dass der Glascylinder zur Aufnahme des Vorderarms nicht (wie bei Mosso) mit Wasser gefüllt wird — was zeitraubend und überflüssig ist — sondern einfach mit Luft gefüllt und gegen den Arm luftdicht abgeschlossen wird. Es bedarf hierbei kaum 1/2 Minute zur Applikation des Apparates. Letzterer registrirt auf diese Weise auch veränderliche Zustände der Armmuskulatur und lässt so eigenartige Erregungszustände derselben erkennen, welche dem bloßen Auge sich



entziehen, z. B. bei einem Kranken mit kataleptisch-ekstatischen Zuständen regelmäßige rhythmische Kontraktionen, die in beträchtlicher Geschwindigkeit (etwa 8 in der Sekunde) einander folgen.

Eulenburg (Berlin).

---

523. **Bechterew.** Über die funktionelle Beziehung der unteren Olive zum Kleinhirn und die Bedeutung derselben für die Erhaltung des Körpergleichgewichts.

(Archiv für Physiologie Bd. XXIX. p. 257—265.)

Mittels eines besonders konstruirten Instrumentes gelang es dem Verf., eine verdeckte Messerklinge um den äußeren Rand der Medulla oblongata herumzuführen, sie dann in der Richtung nach innen vorspringen zu lassen und sie wieder verdeckt herauszuführen. Auf diese Weise gelang es ihm, isolirte Verletzungen der Olive bei Hunden hervorzubringen. Es wurden dann folgende Erscheinungen beobachtet:

1) Zwangsweise Bewegungen verschiedener Art, welche bei bedeutenderen Verletzungen gewöhnlich in der Form von Rollungen um die Längsachse des Körpers nach der Seite der Verletzung mit Nystagmus beider Augen und eigenthümlicher Abwendung derselben — des einen nach innen und unten, des anderen nach außen und oben, verlaufen; bei geringeren Läsionen aber entweder als Laufbewegungen nach vorn, oder als Kreisbewegungen, oder als Zurückwerfen des Körpers nach hinten, zum Ausdruck gelangen.

2) Zwangslagen besonderer Art, die darin bestehen, dass das Thier während seines Ruhezustandes entweder auf der der Verletzung entsprechenden Seite liegt, oder sich knäuelartig, meistentheils nach der gesunden Seite hin zusammenrollt.

3) Störungen des Körpergleichgewichts, welche, wenn das Thier sich auf seine Füße zu stellen bemüht, bei beiderseitigen Läsionen sich entweder durch starkes Taumeln oder Unfähigkeit zu gehen und zu stehen, bei einseitigen durch Schwanken des Körpers nach der Seite der Verletzung, Neigung auf dieselbe zu fallen verrathen.

Sämmtliche Erscheinungen waren am deutlichsten während der ersten Tage nach der Operation ausgeprägt, später wurden sie nach und nach schwächer und im Falle beschränkter Läsionen konnte im Laufe einer oder mehrerer Wochen Restitution erfolgen. Der Erfolg einer einseitigen Zerstörung der Olive war genau derselbe, wie der durch Trennung des hinteren Kleinhirnschenkels derselben Seite. Aus diesem Grunde spricht sich der Verf. gegen die Angaben M e y n e r t's u. a. Autoren aus, nach denen zwischen den genannten Kleinhirnschenkeln und den Oliven eine gekreuzte Verbindung in der Oblongata besteht. Da aber nach den bestehenden anatomischen Verhältnissen die Olive nicht zerstört werden kann, ohne dass die durch sie hindurch passirenden Fasern des unteren Kleinhirnschen-



kels derselben Seite mit betroffen werden, so hält Ref. diesen Schluss nicht für berechtigt. **Wernicke** (Berlin).

---

524. **Kirchner.** Über die Beziehung des Nervus trigeminus zum Gehörorgan.

(Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg 1882. No. 7.)

K. hat auf Grund klinischer Beobachtungen, denen zufolge Affektionen des Trigeminus zu mannigfachen Störungen und Erkrankungen am Gehörorgan Veranlassung geben können (Schmerzhaftigkeit im Ohr und in der Umgebung desselben bei Neuralgien gewisser Trigeminusäste, bei Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle), so wie unter Berücksichtigung neuerer experimenteller, in dieser Richtung angestellter Arbeiten von Gellé, welcher nach halbseitiger Durchschneidung der Med. oblong. und dadurch bedingter Zerstörung der Trigeminuswurzeln stärkere Vaskularisation und Exsudation in der der Verletzung entsprechenden Paukenhöhle gefunden hat, von Hagen, welcher nach intrakranieller Trigeminus-Durchschneidung vor dem Gangl. Gasseri nur ausnahmsweise Exsudatbildung in der Paukenhöhle (von Kaninchen) beobachtete und daher diesem Nerven keinen besonderen Einfluss auf die Ernährungs- und Cirkulationsvorgänge in der Paukenhöhle zuschreibt, so wie von Berthold, der sowohl nach intrakranieller Durchschneidung des Trigeminusstammes, als nach halbseitiger Durchtrennung der Medulla obl. entzündliche Veränderungen auf der der operirten Seite entsprechenden Paukenhöhle (zuweilen auch auf der entgegengesetzten) beobachtet hat, gleichfalls eine Reihe von Thierexperimenten angestellt, um die bestehenden Beziehungen zwischen Trigeminus und Gehörorgan zu eruiren.

K. wandte bei seinen Versuchen über elektrische Reizung des Trigeminus seine Aufmerksamkeit zunächst nur dem 3. Aste, unmittelbar nach dessen Austritt aus der Schädelhöhle, zu, dem Aste also, welcher durch Versorgung des Tensor palat. moll., des wichtigsten Tubenmuskels, zum Ohr in intimer Beziehung steht. Die Versuche wurden an eine geräumige Bulla ossea — Analogon der menschlichen Paukenhöhle — besitzenden Katzen ausgeführt; diese Bulla lässt sich, ohne große Nebenverletzungen, auch von unten her durch Auseinanderdrängen der Kiefermuskeln freilegen und kann nach Abtragung der sie bedeckenden Knochenschale bequem besichtigt werden. An der inneren Wand der mit einer blassen, feuchtglänzenden Schleimhaut ausgekleideten Bulla sieht man ein zierliches Gefäßnetz. Nach beendeter Freilegung der Paukenhöhle wurde der 3. Quintusast an seiner Austrittsstelle aus der Schädelhöhle an der vorderen, inneren Partie der Bulla aufgesucht, darauf ein kleines Stück vom Mandibular. freigelegt, mit einem Faden festgebunden und peripher durchschnitten, der centrale ca. 1 cm lange, aus N. mandibular. und



inframaxillar. bestehende Nervenstumpf wurde nach Hervorziehung aus den Weichtheilen in die Ludwig'sche Elektrode gelegt.

Bei Reizung mit ganz schwachen Strömen von 10 Sek. Dauer ließ sich eine deutliche, noch mehrere Stunden nach Beendigung der Reizung anhaltende, starke Gefäßfüllung in der Paukenhöhle konstatiren, welche noch weiter zunahm, bis zur lividen Beschaffenheit der Mucosa, wenn noch 2- und 3mal mit stärkeren Strömen gereizt wurde; allmählich erfolgte Rückkehr zur Norm. Außerdem ließ sich eine dem Füllungsgrade der Gefäße entsprechende stärkere Schleimabsonderung in der Paukenhöhle wahrnehmen. Nach Ausreißen des 3. Astes, möglichst nahe an der Schädelbasis, fand sich, wenn das Thier mehrere Wochen später getödtet wurde, Wulstung der Schleimhaut in der Paukenhöhle und eine mäßige Menge schleimig-eitrigen Exsudats.

In welcher Weise sind nun die durch die Versuche erwiesenen Beziehungen zwischen Reizung des 3. Quintusastes und dadurch ausgelöster Cirkulations- und Sekretionsvorgänge zu erklären? Es müssen folgende Möglichkeiten ins Auge gefasst werden: Entweder Reflexlähmung der Paukenhöhlengefäße durch Reizung des 3. Quintusastes, dadurch bedingte Dilatation derselben, stärkerer Blutgehalt der Paukenhöhle und vielleicht damit im Zusammenhange vermehrte Schleimabsonderung; oder erhöhte Thätigkeit gewisser der Schleimabsonderung in der Paukenhöhle vorstehenden Nervenfasern unter dem Einfluss der elektrischen Reizung; oder das durch den N. petros. superficial. min. mit dem Nervengeflecht in der Paukenhöhle in Verbindung stehende Gangl. oticum ist von Bedeutung für die Cirkulations- und Sekretionsverhältnisse. Eine definitive Lösung dieser verschiedenen hierbei in Betracht kommenden Fragen muss von weiteren Experimenten erwartet werden, was um so wünschenswerther ist, als dadurch für die Therapie gewisser der Diagnostik und Behandlung gar keinen sicheren Anhaltspunkt bietenden Ohrkrankheiten werthvolle Aufschlüsse zu erhoffen sind.

Eugen Fränkel (Hamburg).

---

525. C. A. Ewald. Über den »Coefficient de partage« und über das Vorkommen von Milchsäure und Leucin im Magen.

(Virchow's Archiv Bd. XC. p. 333.)

Wenn man eine Säurelösung mit Äther ausschüttelt, so gehen nach Berthelot je nach der Natur der vorhandenen Säure verschiedene, aber für jede Säure konstante Mengen in den Äther über. Bestimmt man also nach dem Ausschütteln einer Säurelösung unbekannter Natur die Verhältniswerthe der Acidität gleicher Mengen der Säurelösung und des geschüttelten Äthers, so erhält man bestimmte Koefficienten, die für jede Säure dieselben sind und aus denen man im fraglichen Falle die Natur der Säure erkennt. Dies Verfahren ist nicht nur für Lösungen, welche nur eine Säure enthalten, sondern



auch in erweiterter Form für Gemische verschiedener Säuren anwendbar. Den oben genannten Verhältniswerth nennt Berthelot »Coefficient de partage«; er ist niedrig für organische Säuren, weil dieselben verhältnismäßig leicht vom Äther aufgenommen werden, er ist hoch für anorganische Säuren, die nur in Spuren in den Äther übergehen. Mit Hilfe dieser Methode hat Ch. Richet eine Reihe von Bestimmungen über die freie Säure des Magensaftes, resp. ihre Bindung an schwache Basen ausgeführt, die ihn behaupten lassen, dass im frischen reinen Magensaft Fleischmilchsäure neben ganz oder zum Theil an Leucin gebundener Salzsäure vorhanden sei. Die Gründe, die ihn zu dieser Annahme bestimmten, sind bei E. aufgeführt.

Berthelot's Methode und Richet's Angaben hat nun E. einer genauen Nachprüfung unterzogen. Die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchung sind die folgenden: Die Koefficienten für eine und dieselbe Säure sind nicht immer dieselben. Die bei manchen Säuren erhaltenen Werthe fallen so nahe mit denen anderer Säuren zusammen, dass eine diagnostische Sonderung nicht mehr möglich ist.

Ganz unsicher werden, und das ist für die Untersuchung des Magensaftes das wichtigste Ergebnis, die Resultate, wenn den Säurelösungen Serumalbumin und Pepton in wechselnder Menge zugesetzt wird. Abgesehen von der dann eintretenden Schwierigkeit des Ausschüttelns, bilden sich wahrscheinlich sofort Albumin- resp. Peptonsäureverbindungen, die sich durch Schüttelung mit Äther nicht so leicht trennen lassen. Bei der Nachprüfung der nicht gerade fest gestützten Angabe Richet's über das Vorhandensein von Fleischmilchsäure im normalen Magensafte fand E. allerdings während der Verdauung bei Mensch und Hund Spuren einer organischen Säure, vielleicht eines Gemisches von mehreren. Im Magensaft eines hungernden Hundes waren aber keine wahrnehmbaren Mengen organischer Säure nachzuweisen (Reiz der Schleimhaut durch Knochenstücke). Eben so wenig gelang die Darstellung milchsauren Zinkes oder Bleies aus dem Magensaft von 3 Menschen und 2 Hunden, wenn nüchtern oder lange Zeit (4—5 Stunden) nach der Mahlzeit untersucht wurde. E. befindet sich hier in völliger Übereinstimmung mit Wietz-Erlangen, der ebenfalls im menschlichen Magensaft keine Milchsäure fand.

Auch die Untersuchungen über das Vorhandensein von Leucin im frischen Magensaft führten zu einem Widerspruch gegen die Richet'schen Angaben. Freies Leucin, sagt E., oder eine Verbindung von Leucin und Salzsäure kommt im frischen reinen Magensaft resp. der Schleimhaut oder ihrem wässerigen Auszuge nicht vor.

Ein anhangsweise in der Arbeit mitgetheilter Versuch E.'s zeigt, dass eine Fibrinsäureverbindung auch ohne Spur nachweisbarer freier HCl von Pepsin etwas gelöst wird.

Edinger (Gießen).



526. **Satterthwaite.** Considerations on the origin and natural history of tuberculosis. Betrachtungen über Ursprung und Naturgeschichte der Tuberkulose.

(The med. record. Bd. XXII. No. 18.)

S. giebt zunächst einen ausführlichen historischen Überblick über die Entwickelung der Lehre von der Tuberkulose; s. d. Details im Original. Er bekämpft die Ansicht von der Identität der Tuberkulose des Menschen und der Perlsucht des Rindviehs. Die wesentlichen Unterschiede sind: der Tuberkel des Menschen tendirt zur Verkäsung, der Perlsuchtknoten des Rindes zur Verkalkung. Letztere ist verhältnismäßig selten beim Menschen und folgt auf die Verkäsung; diese ist eine Seltenheit beim Rinde. Geschwürs- und Kavernenbildung charakterisirt die vorgerückten Stadien der menschlichen Phthise resp. Tuberkulose, und wird bei der Perlsucht des Rindviehs fast nie beobachtet. S. erinnert an die Beobachtungen von Creighton, der bei der Sektion einer größeren Anzahl Schwindsüchtiger in 12 Fällen Befunde ähnlich den durch die Perlsucht beim Rindvieh gesetzten Veränderungen antraf. Creighton nennt diese Varietät der menschlichen Schwindsucht: bovine tuberculosis of man und legt besonderes Gewicht auf den Befund gewisser blattähnlicher Wucherungen auf Pleura und Peritoneum, ausgezeichneter Knötchenbildung in den Lymphdrüsen und glattwandiger Kavernen oder eingekapselter Knoten. Der Beweis, dass der Genuss von Milch und Fleisch perlsüchtiger Kühe beim Menschen Tuberkulosis erzeugt, ist nach S. mit Sicherheit nicht erbracht. Auch steht er den in neuerer Zeit vielfach und mit Erfolg gemachten Impf- und Inhalationsversuchen mit Tuberkelstoff skeptisch gegenüber. Er wirft denselben vor, dass sie meist an Thieren angestellt worden sind, die erfahrungsgemäß zur Tuberkulose neigen, z. B. Kaninchen und Meerschweinchen, so wie dass ganz analoge Erkrankungen der Versuchsthiere entstanden nach der Einimpfung resp. Einathmung von Stoffen, die mit Tuberkeln nichts zu thun haben. Bezüglich der Untersuchungen von Koch bemerkt S., dass es ihm nicht gelungen ist, die charakteristischen Bacillen nach der Methode dieses Forschers aufzufinden, dagegen konnte er nach dem (im Original näher beschriebenen) Verfahren von Gibbes im Sputum von Phthisikern Bakterien nachweisen, die zwar nicht genau die Gestalt und Größe der von Koch beschriebenen hatten, aber dasselbe Verhalten gegen Färbstoffe zeigten.

Zum Schluss stellt S. seine Ansichten über die Tuberkulose in 17 Sätzen zusammen, aus denen folgende hervorzuheben sind:

Die Tuberkulose ist eine Krankheit, welche als hereditär bezeichnet werden muss.

Die Tuberkel sind das Resultat eines entzündlichen Vorgangs, und erzeugen in ihrer Umgebung Entzündungen.

Tuberkulose des Menschen und Perlsucht des Rindviehs sind, wie die Erfahrung zeigt, kontagiös. Die morphologischen Differenzen



zwischen beiden Affektionen sind so groß, dass wir uns hüten müssen, übereilte Schlüsse aus einer Vergleichung beider zu ziehen.

Die Tuberkulose ist überimpfbar, doch kann auch die Einimpfung verschiedener anderer Stoffe dieselben Veränderungen hervorrufen.

Obwohl nicht mit Sicherheit bewiesen ist, dass der Genuss von Milch und Fleisch perlsüchtiger Kühe beim Menschen Tuberkeln erzeugt, ist derselbe doch zu widerrathen. Eben so wenig darf die Lymphe perlsüchtiger Rinder zum Impfen gebraucht werden.

Lungenphthise und Lungentuberkulose sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle identische Begriffe. **Brockhaus** (Godesberg).

---

527. **Korczyński.** Genuine seröse Pneumonie.

(Medycyna 1882. No. 11—13. [Polnisch.])

Fälle von echter Lungenentzündung mit rein serösem Infiltrat während des ganzen Krankheitsverlaufes kommen zwar selten, doch unzweifelhaft vor. Dietl [nannte sie] Pneumonien mit weichem oder albuminosem Infiltrat im Gegensatz zur eigentlichen Hepatisation (Przegląd lekarski 1863). Später beschrieb Traube einige derartige Fälle, die sich zwar durch ihre anatomischen Kennzeichen dem entzündlichen Lungenödem nähern, jedoch bei eingehender Erwägung sich theils als Beispiele von sog. schlaffer Infiltration, theils als Entzündungen im Stadium der Anschoppung, oder endlich als im Verlaufe von fibrinöser Pneunomie auftretende entzündliche Ödeme herausstellen. Dass ein echtes entzündliches Ödem (Cohnheim) nicht nur als Initialstadium der Lungenentzündung auftritt, sondern auch während der ganzen Krankheit sich als solches erhalten kann, ohne dass die Pneumonie in das Stadium der Hepatisation übergeht, beweist der vom Verf. ausführlich mitgetheilte Fall. — Bei einem 60jährigen Privatlehrer, bei dem sich vor 3 Tagen Schüttelfrost, Fieber, Kurzathmigkeit, Bluthusten und Stechen in der Brust eingestellt hatten, schwankte die Diagnose zwischen beiderseitiger centraler krupöser Lungenentzündung und Pneumonie mit sog. schlaffer Infiltration. Während des hoch asthenischen Krankheitsverlaufes traten allgemeines Hautödem, Delirien etc. auf, wiewohl in Ansehung des nicht gerade sehr vorgerückten Alters des Pat. und seines ziemlich guten Ernährungszustandes, der gesunden Sputa, des starken Hustens und der Lokalisation der Entzündung in beiden Lungenspitzen eine senile Pneumonie auszuschließen war. Am 6. Krankheitstage starb Pat. plötzlich, ohne dass sich bis zum Tode physikalische Zeichen einer vor sich gehenden Lungenhepatisation eingestellt hätten.

Die Sektion ergab nur hochgradiges akutes Ödem beider Lungen, besonders der Oberlappen, chronische Myokarditis (vornehmlich des linken Ventrikels) und Herzmuskelverfettung, Sklerose der Pulmonalarterie bis in ihre feinsten Verzweigungen. Nirgends wurden in den



Lungen hepatisirte Stellen oder lobuläre Infiltrate gefunden, dagegen war das mit lufthaltiger blutig-seröser Flüssigkeit gleichmäßig durchtränkte Lungenparenchym auffallend brüchig.

Verf. bezieht hier die Entstehung des rein serösen entzündlichen Infiltrats auf folgende Momente: 1) Alter des Pat. und Hydrämie, 2) Verfettung des Herzmuskel, welche die Herzthätigkeit beeinträchtigte, 3) unverhältnismäßig starke fibromatöse Entartung des linken Herzventrikels, 4) Atherom der Pulmonalarterie und Brüchigkeit ihrer Verzweigungen.

Klinisch ist die Prognose bei seröser Pneumonie ungünstig, in so fern die letztere ihre Entstehung gewissen konstitutionellen Anomalien verdankt. Die Diagnose ist nur dann möglich, wenn von Anfang an ödematöse Sputa expektorirt werden und man dabei im Stande ist, centrale Hepatisation neben peripherem Ödem auszuschließen. Falls die Sputa diese Eigenschaft nicht zeigen, oder durch Beimischung von Bronchialsekret verändert sind, so darf nur auf Schlaffheit des Infiltrats geschlossen werden. Zu den physikalischen Symptomen gehören: Fehlen von ausgesprochener Dämpfung, Bronchophonie und verstärktem Pektoralfremitus, wenig ausgesprochenes oder gänzlich fehlendes Bronchialathmen, falls alle diese Symptome lange anhalten, auch dann noch, wenn die Zeichen der Hepatisation bereits eintreten sollten. **Smoleński** (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

528 **Ch. Féré.** Ataxie héréditaire, maladie de Friedreich, sclérose diffuse de la moëlle et du bulbe.

(Progrès méd. 1882. No. 45.)

Verf. polemisirt gegen die Bezeichnung »hereditäre Ataxie« für die in Rede stehende Affektion, da es sich weder um eine lokomotorische Ataxie, noch um ein im eigentlichen Sinne hereditäres (— vielmehr ein familiäres —) Leiden handle; er schlägt dafür die von Brausse gebrauchte Bezeichnung »maladie de Friedreich« vor. Auf Grund der bis jetzt bekannt gegebenen 48 Fälle entwirft Verf. eine Skizze der Krankheit, macht auf die Seltenheit von Sensibilitätsstörungen im ersten Stadium, das Fehlen der lancinirenden Schmerzen, auf den Mangel des Einflusses des Augenschlusses, auf die Inkoordination, auf das häufige und baldige Eintreten von Artikulationsstörungen und von Nystagmus, das Ausbleiben eigentlicher Augenmuskellähmungen, das Intaktbleiben der Sphinkteren, das häufige Erhaltensein des Pupillenreflexes aufmerksam; ferner auf eigenthümliche Zustände von Schwindel und unvollständigem Bewusstseinsverlust, die von Friedreich und Brausse beschrieben werden. Zwischen der Ansicht von Friedreich u. A., welche die Krankheit für eine Form der Tabes halten und der Meinung Charcot's und Bourneville's, dass sie mehr der multiplen Herdsklerose sich anreihe, nimmt der Verf. eine vermittelnde Stellung ein,



indem er die Ähnlichkeit mit beiden Krankheiten anerkennt, aber die Abweichungen genügend würdigt und der betreffenden Form eine besondere Stellung zuweist. Diese besondere Stellung wird gerechtfertigt durch den pathologisch-anatomischen Befund mehrerer Fälle; es handelt sich nicht um eine systematische, auf die Hinterstränge beschränkte Läsion, sondern um eine mehr diffuse Sklerose des Rückenmarks und des Bulbus, allerdings mit vorwiegender Betheiligung der Hinterstränge. **Eisenlohr** (Hamburg).

---

529. **Skórczewsky** (Badearzt in Krynica). Beobachtungen über Wanderniere.

(Przegląd lekarski 1882. No. 1—2. [Polnisch.])

Anschließend an Landau's Monographie über die Wanderniere berichtet Verf. über 85 von ihm beobachtete Fälle dieser Krankheit. Dieselben betrafen 3 Männer (2mal rechts, 1mal links), 13 Frauen, welche nicht geboren hatten (9 rechts, 4 links) und 19 Frauen, welche geboren hatten (8 rechts, 6 links und 5mal beiderseitige Senkung der Nieren). Im Ganzen beobachtete also Verf. 19 Fälle von rechter (54 %), 11 von linker (32 %) und 5 Fälle von beiderseitiger (14 %) Wanderniere, zusammen 24 rechts, 16 links. Die überwiegende Zahl (14) dieser Fälle fällt auf das Alter von 20—30 Jahren, dann (12) auf das von 30—40 Jahren. Bei der linken und rechten Wanderniere ließ sich je 13mal malarischer Milztumor nachweisen, außerdem bestand 28mal Atonie und 3mal Katarrh des Intestinaltraktus; von begleitenden Krankheiten des Nervensystems fand Verf. in 19 Fällen Neurasthenie, 5 Hysterie, 4 hartnäckigen »nervösen« Kopfschmerz und 2 Migräne; ferner 1mal Herzklopfen, 1 Muskelschmerz, 1 Ischias. Nur 11 an Wanderniere leidende Kranke zeigten keine Anomalien seitens des Nervensystems. 16 Frauen zeigten dabei folgende Anomalien des Genitalapparates: 5 Gebärmutterkatarrh, 3 Uterusflexion, 8 Atonie des Uterus, 5 Dysmenorrhöe, 2 Amenorrhöe, 4 zu reichlichen oder zu lang dauernden Monatsfluss. — Obige 35 Fälle von Wanderniere fallen auf 1422 vom Verf. behandelte Pat. (1036 weibliche und 392 männliche), also bis 24 pro Mille (31 pro Mille bei Frauen und 8 pro Mille bei Männern). Fast alle diese Fälle beziehen sich auf Kranke aus den besseren Ständen. Verf. rekapitulirt Bekanntes in Betreff der Diagnose und meint, dass die Wanderniere verhältnismäßig selten diagnosticirt wird und daher öfter, als es gewöhnlich angegeben wird, vorkommen dürfte. Betreffs der Pathogenese kann Verf. Landau's Ansicht, dass der Hängebauch die häufigste Ursache der Wanderniere ist, nicht beipflichten und sucht dem gegenüber die ältere Ansicht, dass zwischen Milz- und Lebertumoren einerseits und der Wanderniere andrerseits ein ursächlicher Zusammenhang bestehe, aufrecht zu erhalten. Als nächst häufige Ursache sei auch das Fieber (Dietl) anzunehmen und zwar



könnte der Vorgang hierbei ein derartiger sein, dass in Folge des Fiebers entweder das die Nieren fixirende Gewebe erschlaffe, oder die perirenale Fettschicht schwinde oder endlich, dass die geschwollene Milz resp. Leber die entsprechende Niere herabdrücke. Ein kausaler Nexus zwischen Wanderniere und Krankheiten des Genitalapparates ist nach Verf. zweifelhaft, zwischen Wanderniere und Erkrankungen des Nervensystems möglich.

Smoleński (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

530. **Machek** (Krakau). Über ophthalmoskopische Veränderungen der Augen bei an allgemeiner Anthraxinfektion leidenden Kaninchen.

(Przegląd lekarski 1882. No. 3 u. 5. [Polnisch.])

Mit nach einer der Koch'schen ähnlichen Methode von Dr. Szpilman gezüchteten Milzbrand-Dauersporen wurde zuerst eine Maus geimpft und nachdem man im Blute derselben den Bacillus anthracis nachweisen konnte, wurde nun das inficirte Mausblut einem Kaninchen eingespritzt. Später wurde das Impfmaterial immer von auf obige Weise inficirten Kaninchen genommen und zwar spätestens 12 Stunden nach ihrem Tode, um Faul- und Zersetzungsprodukte möglichst zu vermeiden. Aus den interessanten Untersuchungen entnehmen wir nur das klinisch Wichtige. In vielen Fällen sah Verf. schon während der von allen krankhaften Symptomen freien Periode, dass die Netzhautgefäße, besonders die Venen, dunkler wurden ohne breiter oder geschlängelt zu werden. Dieses Dunklerwerden der Netzhautgefäße, das erste Zeichen der beginnenden Krankheit, zeigt sicher an, dass man im Blute wird bald Anthraxbacillen vorfinden können. Gewöhnlich fällt die besagte Veränderung der retinalen Gefäße mit den ersten Zuckungen des Thieres zusammen. Die Sehnervpapille wird etwas röthlicher. Während der zweiten Periode werden die Netzhautgefäße dünner, mehr geradlinig und die von gabelartig abgehenden Gefäßzweigen gebildeten Winkel sind spitzer. Dabei werden auch die kleinsten Gefäßchen gut sichtbar, da das Blut immer dunkler wird. Gleichzeitig verschmälern sich die Gefäße der Chorioidea. Der Augengrund wird in Folge fortschreitender Ischämie der Gefäße immer lichter, endlich blassröthlich. In dieser Periode sind im Blute Milzbrandbacillen immer nachzuweisen.

Die Ischämie des Augengrundes erhält sich bis zum Tode des Kaninchens. Obige Veränderungen entsprechen den von Secondie u. A. im asphyktischen Stadium der Cholera beschriebenen. Dass diese Ischämie des Augengrundes nicht auf prämortale Herzschwäche zu beziehen ist, beweist der Umstand, dass Verf. dieselbe bei an anderen Krankheiten (Septhämie, Blutverlust, Tuberkulose) zu Grunde gehenden Kaninchen nicht nachweisen konnte. Auch wollte es der Zufall, dass ein 15jähriges Mädchen, welches Verf. auf Tuberkel der



Netzhaut untersuchte, während des Ophthalmoskopirens plötzlich verschied; hier war der Augengrund noch einige Augenblicke vor dem Tode normal, mit dem letzten Herzschlage schwanden die Arterien, und die Venen sahen wie unterbrochen aus. Verf. bezieht das Dunklerwerden der Netzhautgefäße in der ersten Periode auf Kohlensäurereichthum des Blutes und die durch die Anthraxbacillen herbeigeführte Desoxydation desselben, während er den ophthalmoskopischen Befund der zweiten Periode mit den Untersuchungen von Toussaint und Bollinger in Einklang bringt, wonach in Folge zahlreicher durch den Anthrax verursachter Thrombosen der Lungenkapillaren das Blut sich auf Kosten der Arterien vornehmlich in den Venen anhäuft; dies erklärt die starke Verschmälerung der Arterien. Dass dem entsprechend keine ausgesprochene Überfüllung der Augenvenen bestand, beruht nach Verf. insonderheit darauf, dass auf Grund der großen Elasticität der Sklera beim Kaninchen der Abfluss des venösen Blutes nicht beeinträchtigt war; dem entspricht auch der Umstand, dass während der zweiten Periode der intrabulbäre Druck nicht erhöht, sondern erniedrigt war.

Verf.s Untersuchungen beweisen, dass man auf Grund des ophthalmoskopischen Befundes auf Veränderungen im Cirkulationssystem schließen kann und dass eine akute Blutkrankheit in den Augen zum Vorschein kommt. Da nach Bollinger u. A. allgemeine Anthraxinfektion »öfter vorkommt, als man geglaubt hat«, so dürften Verf.s Resultate auch in der menschlichen Medicin ihre Verwerthung finden. **Smoleńsky** (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

531. **Paczkowski** (Pelplin). Fuchsanilinum muriaticum.

(Przegląd lekarski 1882. No. 8. [Polnisch.])

Verf. versuchte das salzsaure Fuchsanilin (0,20—0,25 pro die) gegen chronischen Morbus Brightii. In 2 Fällen, wo das Ödem seit einem halben Jahre bestand, schwand die Albuminurie innerhalb einiger Wochen für immer vollständig. In einem weiteren Falle verringerte sich nur die ausgeschiedene Eiweißmenge. Weitere Erfahrungen des Verf.s bewiesen, dass das Mittel auch bei Scharlachnephritis sehr wirksam sei und die Nierenerkrankung während einiger Tage (0,05—0,25 pro die) beseitige, wobei die Urinmenge vergrößert wird. **Smoleński** (Ernsdorf, österr. Schlesien).

---

532. **R. Koch.** Über die Milzbrandimpfung.

Eine Entgegnung auf den von Pasteur in Genf gehaltenen Vortrag 1882.

Einleitend legt K. seinen streng induktiven Standpunkt in der ätiologischen Forschung dar. Er verlangt für jede Infektionskrankheit den strikten Nachweis ihrer parasitären Natur, welcher dadurch zu



bringen ist, dass in erster Linie eine allgemeine Orientirung über Vorkommen und Vertheilung von charakteristischen Mikroorganismen in Blut und Geweben vorgenommen wird. Dann sind die fraglichen Organismen in Reinkulturen außerhalb des Körpers zu züchten und durch Impfung auf notorisch für diese Krankheit empfängliche Thiere ist festzustellen, dass diese isolirten Organismen wirklich die gesuchte Krankheit hervorrufen. Erst wenn dies gelungen, steht es fest, dass die Organismen wirklich die Ursache der Krankheit sind. Pasteur dagegen geht von der Voraussetzung aus, dass jede Infektionskrankheit parasitärer Natur ist. Bei Milzbrand und Hühnercholera fand P. schon das Terrain geebnet, so dass sich hier die Schwächen seiner Methode weniger fühlbar machten. Anders wurde dies, als er an die Lösung neuer Fragen herantrat und K. führt den Nachweis, dass sowohl die Mikroben der Nouvelle maladie de la rage, als der Pferdetyphus, welche P. gefunden haben will, nichts Anderes sind als die schon längere Zeit bekannten Bakterien der Kaninchenseptikämie.

K. zeigt nun, dass die durch Schutzimpfungen zu erzielende Immunität nicht eine allgemeine, sondern streng erwiesen nur für Schafe und Rinder ist, während Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten und Mäuse bis jetzt überhaupt nicht durch Schutzimpfungen gegen das unabgeschwächte Virus immun zu machen sind, und auch Pferde und Menschen scheinbar sich keiner derartigen Immunität erfreuen. Da P. sein Abschwächungsverfahren niemals genau angegeben hat, bedurfte es zeitraubender Versuche, bis es gelang, die richtige Methode zu finden. Dieselbe besteht darin, dass neutralisirte Hühnerbacillen mit frischen Milzbrandbacillen inficirt und bei 42,5° C. längere Zeit gehalten werden. Das letztere gelingt in einem Thermostaten von d'Arsonval, der wochenlang nicht die geringsten Temperaturschwankungen zeigt und einmal genau eingestellt keiner weiteren Kontrolle bedarf und sich dadurch als das wichtigste Mittel für das Verfahren herausstellt.

Auf diese Weise erhält man successive Kulturen, welche zunächst größere Kaninchen nicht mehr sicher tödten, wohl aber noch Meerschweinchen, dann folgen Kulturen, welche Meerschweinchen nicht mehr tödten, aber noch Mäuse und endlich ganz wirkungslose Kulturen. Die Höhe der Temperatur ist für die Zeit maßgebend, in welcher das virulente Material seine pathogenen Eigenschaften verliert; bei 42° kann es bis zu 30 Tagen dauern, bei 43° schon in 6 Tagen vollendet sein (bei 55° scheint die Abschwächung schon in 10 Minuten [Toussaint], bei 52° in 15, bei 50° in 20 Minuten [Chauveau] erreicht zu sein. Diese verschiedenen physiologischen Abstufungen unterscheiden sich morphologisch in nichts von den virulenten Bacillen und die verschiedenen Grade der Abschwächung lassen sich in Gelatinereinkulturen leicht weiter züchten und in ihrer jeweiligen Virulenz erhalten. Geschieht dieses Kultiviren der Reinkulturen nicht, so verlieren sowohl der virulente Stoff als



die abgeschwächten Impfstoffe allmählich ihre Wirksamkeit, woraus sich erklärt, dass P.'s virulenter Stoff häufig viel weniger wirksam sich erwies als das Blut von frisch an Milzbrand gefallenen Thieren.

Diejenigen Kulturen, welche Mäuse tödten, aber für Meerschweinchen unschädlich sind, bilden für Schafe den besten Stoff für die erste Impfung, die Kulturen, welche Meerschweinchen, aber nicht mehr Kaninchen tödten, liefern den Stoff für die zweite Schutzimpfung. Durch diese scharfe Kennzeichnung ist eine Unsicherheit der Wirkung wie bei P.'s Vaccine ausgeschlossen, dessen premier und deuxième vaccin bald zu schwach, bald zu stark ist.

Auf den Domainen Kapuvar und Packisch waren Impfversuche von einem Assistenten P.'s und mit dessen Impfstoffen ausgeführt, welche dadurch einen besonderen Werth besitzen, dass sie von Sachverständigenkommissionen kontrollirt wurden, so dass diese Versuche zur Kontrolle dienen konnten. Bei K.'s Versuchen überstanden nun die Schafe gerade wie dort die erste Impfung vollständig, während der zweiten Schutzimpfung einige Thiere erlagen. Als die präventiv geimpften Thiere mit virulentem Stoffe geimpft wurden, stellte sich nun Folgendes heraus: Je stärker der deuxième vaccin ist, je mehr Thiere also der zweiten Schutzimpfung erliegen, desto größer ist die Immunität gegen den virulenten Stoff, je schwächer dagegen die zweite Impfung ist, je weniger Thiere derselben also erliegen, desto geringer ist der erlangte Schutz gegen den virulenten Stoff. Wenn P. 400 000 Schafe und 40 000 Rinder als präventiv geimpft zum Beweise für die Leistungsfähigkeit seines Verfahrens aufführt, so beweisen diese Zahlen nur, dass diese Thiere mit abgeschwächten Stoffen geimpft sind, nicht aber, dass sie immun gegen natürlichen Milzbrand geworden sind und zwar um so weniger, als P. selbst anerkannte, dass längere Zeit zu schwache Impfstoffe für die Präventivimpfungen verwendet worden waren.

Bei dieser Sachlage half sich P. mit der Behauptung, die Schafe bedürften keiner so wirksamen Schutzimpfung, da schon eine schwächere ausreiche, um sie gegen die natürliche Infektion immun zu machen, weil letztere viel weniger gefährlich sei, als der künstliche Impfmilzbrand. P. fasste dabei die natürliche Infektion auf als eine Art Impfung von der Mundhöhle aus durch stachliges Futter. Diese Auffassung wird von K. widerlegt durch den Nachweis, dass bei Fütterung mit Ausschluss von Rauhfutter mit sporenfreiem Material überhaupt keine Infektion zu Stande kommt, dass bei Fütterung mit frischem und altem Sporenmaterial und Ausschluss von stachligem Futter exquisiter Darmmilzbrand eintritt und zwar von den Lymphfollikeln und Peyer'schen Drüsen aus, verschieden schnell je nach der Menge des verfütterten Sporenmaterials. Dabei waren auffallenderweise die Anschwellungen der Lymphdrüsen derart, dass aus denselben auf die Infektionsstelle nicht geschlossen werden konnte, so dass z. B. bei Darminfektion die Kieferdrüsen oder andere entfernte Drüsen geschwollen waren, während P.



umgekehrt aus der Schwellung der Kieferdrüsen auf Infektion von der Mundhöhle aus geschlossen hatte.

Unter 8 präventiv geimpften Schafen erlag nur 1 der künstlichen Infektion mit virulentem Material; die überlebenden 7 hatten demnach außer den zwei gewöhnlichen Schutzimpfungen noch eine dritte Schutzimpfung absolvirt, ihre Immunität war also noch erheblich gesteigert. Trotzdem erlagen von diesen 7 Thieren 2 der natürlichen Infektion bei der Fütterung. Die natürliche Infektion durch Fütterung war also nicht nur nicht ungefährlicher, sondern im Gegentheil bei Weitem gefährlicher als die künstliche Infektion durch Impfung.

In Übereinstimmung hiermit hatten sich in Kapuvar und Packisch die präventiv geimpften Schafe wohl relativ geschützt erwiesen gegen die Impfung mit dem von P. gelieferten virulenten Stoffe, nicht aber gegen die natürliche Infektion auf der Weide, da in Packisch z. B. von 250 präventiv geimpften Thieren 6 (vielleicht 7), von 231 nicht vorgeimpften 8 der natürlichen Infektion bis jetzt erlegen sind; in Beauchery fielen von 296 geimpften Lämmern 4, von 80 nicht geimpften keins an natürlichem Milzbrand.

K. führt dann eine Reihe Thatsachen dafür an, dass es nicht der Sauerstoff der Luft ist, wie P. annimmt, welcher die Abschwächung der Virulenz bewirkt, sondern in erster Linie die höheren Temperaturen und vielleicht bestimmte Stoffwechselprodukte der Bakterien.

Die von Toussaint entdeckte Abschwächung der Virulenz des Milzbrandblutes und die Verwerthbarkeit des abgeschwächten Materiales zur Schutzimpfung ist demnach eine unumstößliche Thatsache und der Priorität von Toussaint, der kaum noch genannt wird, kann es keinen Eintrag thun, dass P. nachwies, dass die Bacillen selbst derjenige Bestandtheil des Milzbrandblutes sind, der abgeschwächt wird und dass die neuen Eigenschaften sich auch bei den Nachkommen vererben. Auf jeden Fall ist für den Milzbrand sicher erwiesen, dass eine pathogene Bakterienart unter bestimmten experimentellen Verhältnissen physiologische Varietäten bildet ohne Änderung der Form.

Praktisch ist dagegen die P.'sche Präventivimpfung »wegen des unzulänglichen Schutzes, welchen sie gegen die natürliche Infektion gewährt, wegen der kurzen Dauer ihrer schützenden Wirkung und wegen der Gefahren, welche sie für Menschen und nicht geimpfte Thiere bedingt,« nicht brauchbar. **Hueppe** (Berlin).



Kasuistische Mittheilungen.

533. **Chvostek.** Ein Fall von kompleter Luxation der ganzen Cartilago arytaenoidea in den Kehlkopf mit konsekutiver Larynxstenose.

(Wiener med. Blätter 1882. No. 39.)

Verf. berichtet über einen Fall von Ileotyphus, bei dem es im Verlauf der Erkrankung zu einer Perichondritis des linken Aryknorpels kam, mit konsekutiver Sequestration und schließlicher Luxation desselben in die Kehlkopfhöhle. Wie die Sektion ergab, stand der Knorpel noch durch einen dünnen Gewebsstrang mit seinem früheren Lager in Verbindung; dadurch wurde er an seiner Entfernung aus der Kehlkopfhöhle behindert und führte so Stenosirung derselben mit letalem Ausgang herbei. **E. Schütz** (Prag).

534. **M. Springer.** Deux cas d'intoxication par l'acide phénique.

(Revue de méd. 1882. No. 9. p. 278.)

Zwei Kranken wurde aus Versehen ein Clysma von Acid. carbol. 4,0, Spiritus vini 1,0 verabreicht. Etwa 48 g Karbolsäure erhielt jeder Einzelne. Der nächste Effekt waren furchtbare Leibschmerzen, sehr rasch aber trat Coma und Singultus ein. Der Puls wurde unregelmäßig. Unter einer excitirenden Behandlung bei gleichzeitiger Ausspülung des Rectums gelang es im Laufe der nächsten zwei Tage die Vergiftungserscheinungen zu beseitigen. Drei Stunden nach der Vergiftung war das Coma schon geschwunden, aber im Laufe des gleichen Tages noch stieg bei beiden Kranken die Temperatur über 41°; fiel erst in der Nacht ab und von da an begann die Erholung. **Edinger** (Gießen).

535. **L. Wollberg.** Drei Fälle aus der Pädiatrie etc. (Aus dem Warschauer Bersohn-Baumann'schen Kinderhospitale.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 47.)

1) Tracheotomie bei Laryngitis crouposa mittels des Paquelin'schen Instrumentes. 14 Tage nach der Operation abundante Blutung aus der Trachealwunde und Tod. Keine Sektion.

2) Ein Scharlachrecidiv. Ein 6jähriges Mädchen, das an Keuchhusten und ausgedehnter Lungenaffektion leidet, nebenbei noch eine kleine Metallkapsel verschluckt hatte, — bekam Scharlach, und bereits nach 4 Tagen beginnt Desquamation. Dabei abundanter, eitrig blutiger Auswurf. Am 5. Tage der Erkrankung Desquamation am ganzen Körper, und am Abend desselben Tages bemerkt man bei einer Temperatur von 38,4 auf der Brust, auf dem Bauche, und theilweise an den oberen Extremitäten zwischen den Epidermisschuppen ein neues aus kleinen dunkelrothen Punkten bestehendes Exanthem. 3—4 Tage darauf verschwindet das Exanthem, die Desquamation ist reichlich. Das Kind stirbt, keine Sektion.

3) Ein Fall von Variola-morbilli. Verf. beobachtet, dass ein Mädchen von 8 Jahren Variola bekam. Das Kind erkrankte am »22. Juni 1882, am 4. Juli ist die Desquamation im Gange. Am 5. und 6. Juli bemerkt der Verf. ein Massenexanthem; am 11. beginnt die Abschilferung, am 19. verlässt das Kind das Krankenhaus«.

Verf. meint, man müsse sich zunächst »mit dem Aufspeichern des rohen Materials bei solchen Fällen begnügen«. **Kohts** (Straßburg i/E.).

536. **Raymond.** Un cas de décoloration rapide de la chevelure (en cinq heures de temps) etc.

(Revue de méd. 1882. No. 9. p. 770.)

Gegenüber dem von berufener Seite vielfach geäußerten Zweifel an der Mögichkeit plötzlichen Ergrauens der Haare wird ein mit Vulpian gemeinsam beobachteter derartiger Fall mitgetheilt. Bei einer an zahlreichen verschieden lokalisirten Neuralgien leidenden Frau erblasste in einer Nacht, die unter äußerst heftigen Schmerzen in der Kopfhaut verbracht wurde, ein sehr reichliches schwarzes Haupthaar. Anfänglich war ein Theil der Haare weiß, ein anderer roth, später

wurden bis auf wenige ganz schwarz gebliebene alle weiß und in den nächsten Tagen fiel eine große Menge Haare aus. Die Behaarung des übrigen Körpers blieb schwarz. **Edinger** (Gießen).

537. **F. Ganghofner.** Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Rindenataxie.

(Prager med. Wochenschrift 1882. No. 45.)

Bei einem 20jährigen sonst gesunden Manne stellte sich im Verlaufe von 14 Tagen unter verschiedenartigen Parästhesien der rechten oberen Extremität allmählich das Gefühl von Schwere in der letzteren, so wie Ungeschicklichkeit derselben ein. Bei der Aufnahme zeigte der Kranke deutliche Lähmung im unteren Facialisgebiet und ausgesprochene Ataxie bei den Bewegungen der rechten oberen Extremität, neben verhältnismäßig geringgradiger motorischer Schwäche derselben. Zugleich deutliche Störung der Lagevorstellung des Tast-, Druck- und Raumsinns dieser Extremität und Athetose- ähnliche unwillkürliche Fingerbewegungen an der rechten Hand; die unteren Extremitäten frei, keine sonstigen nervösen Störungen. Nach einigen Wochen war ein deutlicher Rückgang der Symptome nachzuweisen. Verf. möchte im Hinblick auf die klinischen Symptome, so wie nach Ausschluss der übrigen Lokalitäten, deren Läsion Ataxie zu erzeugen vermag, den erwähnten Process als erzeugt durch eine cirkumskripte Läsion (Embolie ?) in der Hirnrinde der linken Hemisphäre u. z. in der von Munk als Fühlsphäre derselben bezeichneten Region auffassen. **E. Schütz** (Prag).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an einen der Redakteure oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

(Hierzu Titel und Register für Jahrgang 1882.)



